

# RFA «Medizinische Versorgungssicherheit»

Schlussbericht Regulierungsfolgenabschätzung

**Einführung einer Bestimmung in der Bundesverfassung zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit der Schweiz mit wichtigen medizinischen Gütern: Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit» und direkter Gegenentwurf des Bundesrates**

Dr. Samuel Rutz

Nicolas Oderbolz

Leah Meyer de Stadelhofen

Ramon Gmür

Prof. Dr. Tilman Slembeck

**Regulierungsfolgenabschätzung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)**

14.01.2026

ISSN 2235-1868



## **Metainformationen**

Titel: RFA «Medizinische Versorgungssicherheit»  
Status: Schlussbericht Regulierungsfolgenabschätzung  
Version: V7  
Datum: 14.01.2026  
Autoren: Ramon Gmür, Nicolas Oderbolz, Samuel Rutz, Leah Meyer de Stadelhofen,  
Tilman Slembeck  
Kontakt: Samuel Rutz, +41 79 204 78 83, samuel.rutz@swiss-economics.ch

## **Projektbegleitung:**

Bundesamt für Gesundheit BAG

## Zusammenfassung

### Vorgehen und Status Quo

In der Schweiz haben Lieferengpässe bei Heilmitteln und anderen medizinischen Gütern in den letzten Jahren zugenommen – insbesondere bei günstigen, patentfreien Arzneimitteln wie Schmerzmitteln, Impfstoffen und Antibiotika. Die Ursachen hierfür sind vielfältig, liegen jedoch häufig im Ausland, da die Produktion dieser Arzneimittel zunehmend verlagert und auf wenige Standorte konzentriert wird. Aufgrund der geringen Marktgrösse der Schweiz sind zudem meist nur wenige Hersteller im Inland tätig. Marktaustritte oder Produktionsverlagerungen erhöhen daher das Risiko von Versorgungsengpässen zusätzlich.

Die derzeitigen Kompetenzen des Bundes zur Bewältigung von Versorgungsengpässen sind begrenzt; die Hauptverantwortung liegt bei der Wirtschaft und den Kantonen. Vor diesem Hintergrund wurde die Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit» eingereicht. Sie zielt darauf ab, dem Bund auf Verfassungsebene eine neue Kompetenz zu übertragen und damit die Versorgungssicherheit mit wichtigen medizinischen Gütern zu stärken. Der Bundesrat hat beschlossen, der Initiative einen direkten Gegenentwurf gegenüberzustellen. Die vorliegende Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) analysiert die volkswirtschaftlichen Auswirkungen der beiden Vorlagen.

### Prüfpunkt 1: Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns

Einzelne Akteure haben heute keine oder zu wenig Anreize, in eine resilientere Gesundheitsversorgung zu investieren. Dies hat verschiedene Gründe: Einerseits ist der aktuelle Regulierungsrahmen durch hohe Qualitätsanforderungen und eine strikte Preisregulierung geprägt – der Dimension Versorgungssicherheit kommt dabei eine untergeordnete Rolle zu. Hinzu kommt, dass die Versorgungssicherheit Merkmale eines meritorischen Gutes, teilweise auch eines systemischen Risikos aufweist. Spezifisch für Medizinprodukte dürfte überdies die Nichtaktualisierung des «Mutual Recognition Agreements (MRA)» der Versorgungssicherheit eher abträglich sein. Letztlich ist auch die derzeitige Verteilung der Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen nicht geeignet, die Versorgungssicherheit zu stärken.

Die genannten Faktoren begründen insgesamt einen staatlichen Handlungsbedarf zur Sicherung der Versorgung mit Arzneimitteln und anderen medizinischen Gütern. Aufgrund der aktuell fragmentierten Datenlage scheint besonders die Einführung eines Monitoring-systems, das drohende Lieferengpässe frühzeitig erkennt und eine fachgerechte Reaktion auf eingetretene Engpässe ermöglicht, sachlich gerechtfertigt.

### Prüfpunkt 2: Alternative Handlungs- bzw. Regulierungsoptionen

Im Austausch mit dem BAG wurden Szenarien entwickelt, die mögliche Handlungsoptionen innerhalb der Volksinitiative und des direkten Gegenentwurfs abbilden. Die Analyse der Handlungsoptionen ergibt, dass der direkte Gegenentwurf quasi ein Basisszenario abbildet, während die Initiative Handlungsoptionen beinhaltet, die über eine enge Definition der Versorgungssicherheit hinausgehen. Insgesamt kann der direkte Gegenentwurf

deshalb als zielgerichteter bezeichnet werden. Für die beiden Szenarien wurde ein konkreter Massnahmenkatalog spezifiziert, der im Rahmen der jeweiligen Verfassungstexte realistischerweise umgesetzt werden könnte.

### **Prüfpunkt 3: Auswirkungen auf die Stakeholder**

Die Auswirkungen des direkten Gegenentwurfs dürften sich auf bestimmte Stakeholdergruppen begrenzen: Die möglichen ergreifbaren Massnahmen betreffen vor allem Produzenten und Zulassungsinhaber, namentlich die Pharmaindustrie und die Anbieter anderer medizinischer Güter in der Schweiz. Diese wären grundsätzlich positiv (oder zumindest nicht negativ) betroffen, sehen viele der Massnahmen doch wirtschaftliche Anreize und Förderbeiträge vor. Würde die Volksinitiative angenommen wären zudem weitere Fördermassnahmen im Bereich von Forschung und Entwicklung (F&E) und im Vertrieb denkbar, die insbesondere die Pharmaindustrie begünstigen würden.

Sowohl die Kosten des direkten Gegenentwurfs als auch der Volksinitiative sind generell als hoch einzuschätzen. Sie hängen aber letztlich massgeblich von der konkreten Ausgestaltung der umgesetzten Massnahmen auf Gesetzes- und Verordnungsstufe ab. Neben direkten Kosten ist zudem auch mit wettbewerblichen Beeinträchtigungen zu rechnen. Insbesondere kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch die neue Regulierung Markteintrittshürden für kleinere und mittlere Unternehmen geschaffen werden oder der Wettbewerb gar durch einen neuen staatlichen Konkurrenten verfälscht wird.

Allfällige Verbesserungen der Versorgungssicherheit lassen sich nicht einzelnen Stakeholder zuordnen; grundsätzlich profitieren alle davon. In der Vergangenheit wurden durch Versorgungsstörungen entstehenden Kosten und Aufwände vor allem bei Leistungserbringern wie Apotheken und Arztpraxen als hoch eingeschätzt. Entsprechend dürften diese Akteure am stärksten von einer Verbesserung der Versorgungssicherheit profitieren.

Inwiefern positive Auswirkungen der beiden Vorlagen auf die gesellschaftliche Gesundheit resultieren, kann zum aktuellen Zeitpunkt, d. h. noch vor der detaillierten Ausarbeitung der spezifischen Massnahmen, nicht gesagt werden. Auch gibt es insbesondere für die Schweiz keine belastbaren Belege dafür, dass es in der Vergangenheit aufgrund von Versorgungslücken breitflächigen, negativen Gesundheitsfolgen gekommen ist. Anekdotische Beispiele legen jedoch nahe, dass es aufgrund von Lieferstörungen – etwa im Bereich von Impfstoffen – teilweise zu Verzögerungen in der Gesundheitsversorgung gekommen ist.

### **Prüfpunkt 4: Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft**

Die Herstellung und der Vertrieb von Arzneimitteln – gerade im tiefpreisigen und patentabgelaufenen Segment – basiert auf stark globalisierten Lieferketten. Entsprechend lässt sich mit nationalen Massnahmen die Versorgungssicherheit nur begrenzt verbessern. Sollte die Volksinitiative oder der direkte Gegenentwurf angenommen werden, wird es deshalb wichtig sein, bei der Auswahl der umzusetzenden Massnahmen diejenigen zu priorisieren, die effektiv dazu beitragen, Engpässe zu verhindern. So kann beispielsweise ein systematisches Monitoring der Versorgungslage mit einer klaren Kategorisierung von Heilmitteln

und anderen wichtigen medizinischen Gütern als wirksame Massnahme bezeichnet werden, um die wirtschaftlichen Folgen von Lieferengpässen abzumildern.

Eine ausschöpfende Umsetzung der Vorlagen wäre hingegen voraussichtlich mit erheblichen Kosten und beschränktem Nutzen verbunden. Da die Volksinitiative eine breitere Palette von möglichen Massnahmen umfasst als der direkte Gegenentwurf, ist damit zu rechnen, dass diese zu Zusatzkosten für Wirtschaft und öffentliche Hand führen würde. Zu beachten ist überdies, dass einzelnen Massnahmen das Potenzial innewohnt, Fehlanreize zu schaffen – etwa indem bestehende private Vorsorgebemühungen verdrängt werden. Dies könnte eine effiziente Umsetzung der Vorlagen behindern und sollte zwingend bei der konkreten Ausgestaltung der Massnahmen auf Gesetzes- und Verordnungsstufe beachtet werden.

Auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung, den Wettbewerb, die Standortattraktivität oder auch den Arbeitsmarkt sind hingegen weder von der Initiative noch vom direkten Gegenentwurf grössere Auswirkungen zu erwarten.

#### **Prüfpunkt 5: Zweckmässigkeit im Vollzug**

Sowohl bei der Volksinitiative als auch beim direkten Gegenentwurf handelt es sich um Vorlagen, die zu einer Anpassung der Bundesverfassung führen. Die konkrete Ausgestaltung spezifischer Massnahmen zur Verbesserung der Versorgungssicherheit würde indes erst später auf Gesetzes- und Verordnungsstufe erfolgen. Damit lässt sich zum heutigen Zeitpunkt noch nicht abschätzen, ob die einzelnen Massnahmen so ausgestaltet würden, dass die Zweckmässigkeit des Vollzugs bejaht werden könnte.

Wesentlich wird sein, vorab eine klare Risikoklassifizierung von Heilmitteln und anderen wichtigen medizinischen Gütern vorzunehmen. Basierend auf dieser Klassifizierung kann sodann eine Priorisierung von Massnahmen erarbeitet bzw. eine Massnahmenkaskade bei absehbaren Versorgungsengpässen festgelegt werden. Dies wird entscheidend sein, um ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahmen sicherzustellen und unverhältnismässigen Markteingriffen vorzubeugen.

## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	3
Inhaltsverzeichnis.....	6
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>10</b>
1.1 Ausgangslage.....	10
1.2 Auftrag.....	11
1.3 Vorgehen und Methodik.....	11
<b>2 Die Versorgungssicherheit im Status quo .....</b>	<b>12</b>
2.1 Definitionen.....	12
2.2 Marktstrukturen .....	13
2.3 Versorgungssicherheit in der Schweiz .....	14
2.4 Ursachen und Auslöser von Versorgungsengpässen .....	16
2.5 Kosten und Gesundheitsfolgen von Versorgungsengpässen .....	17
2.6 Rolle von Bund und Kantone .....	19
<b>3 Prüfpunkt 1: Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns.....</b>	<b>21</b>
3.1 Nebenwirkungen der Zulassungs- und Vergütungspraxis von Arzneimitteln.....	21
3.2 Versorgungssicherheit als meritorisches Gut und systemisches Risiko.....	22
3.3 Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen.....	22
3.4 Zulassungsregulierung im Markt von Medizinprodukten .....	23
3.5 Zieldefinition der Vorlagen .....	23
3.6 Fazit .....	24
<b>4 Prüfpunkt 2: Alternative Handlungs- bzw. Regulierungsoptionen .....</b>	<b>25</b>
4.1 Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit» .....	25
4.2 Direkter Gegenentwurf des Bundesrats.....	26
4.3 Vergleich der Regulierungsoptionen.....	27
4.3.1 Handlungsfelder .....	27
4.3.2 Handlungsrahmen.....	29
4.4 Herleitung Regulierungsszenarien .....	32
4.4.1 Kategorisierung medizinischer Güter.....	33
4.4.2 Monitoring .....	34
4.4.3 Massnahmen zur Verhinderung von Versorgungsengpässen .....	34
4.4.4 Präventive Massnahmen.....	36
4.4.5 Internationale Zusammenarbeit .....	38
4.5 Fazit .....	38
<b>5 Prüfpunkt 3: Auswirkungen auf die Stakeholder .....</b>	<b>40</b>

5.1	Identifikation der betroffenen Stakeholder .....	40
5.2	Szenarioübergreifende Massnahmen .....	41
5.2.1	Kategorisierung medizinischer Güter .....	41
5.2.2	Monitoring .....	43
5.2.3	Lagerhaltung.....	44
5.2.4	Staatliche Beschaffung.....	46
5.2.5	Staatliche Herstellung .....	48
5.2.6	Wirtschaftliche Anreize.....	49
5.2.7	Förderung der heimischen Produktion .....	51
5.2.8	Internationale Zusammenarbeit .....	52
5.3	Zusätzliche Massnahmen im Szenario «Volksinitiative» .....	53
5.3.1	Förderung von Forschung und Entwicklung .....	54
5.3.2	Sicherstellung eines raschen Zugangs zu Heilmitteln.....	55
5.3.3	Vertrieb .....	56
5.4	Auswirkungen verbesserter Versorgungssicherheit auf die Stakeholder.....	57
5.5	Fazit .....	58
<b>6</b>	<b>Prüfpunkt 4: Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft.....</b>	<b>62</b>
6.1	Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit .....	62
6.2	Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit.....	67
6.3	Kosten der Versorgungssicherheit.....	68
6.4	Weitere volkswirtschaftliche Auswirkungen.....	69
6.4.1	Wachstum .....	69
6.4.2	Wettbewerb.....	70
6.4.3	Standortattraktivität .....	70
6.4.4	Innovation .....	71
6.4.5	Arbeitsmarkt.....	71
6.5	Fazit .....	72
<b>7</b>	<b>Prüfpunkt 5: Zweckmässigkeit im Vollzug.....</b>	<b>73</b>
7.1	Massnahmenspezifischer Handlungsumfang.....	73
7.2	Zweckmässige Massnahmenkaskade.....	74
7.3	Weitere Aspekte .....	74
7.4	Fazit .....	75
<b>8</b>	<b>Referenzen.....</b>	<b>76</b>
<b>A</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>78</b>
A.1	Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln in Zahlen .....	78

A.2 Die Rolle des Bundes im Bereich der Versorgungssicherheit.....	80
A.3 Versorgungssicherheit im Ausland .....	82
<b>B Stakeholderinterviews .....</b>	<b>86</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mengenbeispiel der «Heilmittel und wichtigen medizinischen Güter» .....	31
Tabelle 2: Übersicht der Kostenfolgen nach Szenarien.....	60
Tabelle 3: Einschätzungen betreffend Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit.....	63
Tabelle 4: Geschätzte Gesamtkosten der beiden Szenarien .....	68
Tabelle 5: Durchgeführte Interviews.....	86

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wertschöpfungskette von Arzneimitteln.....	13
Abbildung 2: Ursachen von Lieferstörungen in der Schweiz .....	17
Abbildung 3: Kompetenzen des Bundes im Bereich der Versorgungssicherheit .....	20
Abbildung 4: Handlungsfelder in Volksinitiative und direktem Gegenentwurf .....	28
Abbildung 5: «Wichtige medizinische Güter» im Vergleich zum Status Quo .....	30
Abbildung 6: Massnahmensystematik .....	33
Abbildung 7: Entwicklung gemeldeter Versorgungsstörungen (Meldestelle der WL) .....	78
Abbildung 8: Entwicklung akuter Arzneimittellengpässe (drugshortage.ch).....	78
Abbildung 9: Prävalenz von Lieferengpässen bei Arzneimittel der Spezialitätenliste .....	79
Abbildung 10: Dauer der gemeldeten Arzneimittellengpässe, 2020-2024 .....	80

## Abkürzungen

API	Active Pharmaceutical Ingredient
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BLV	Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen
BV	Bundesverfassung
BWL	Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung
CMA	Critical Medicines Alliance
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
EGV	Expertengruppe Versorgungssicherheit
EMA	Europäische Arzneimittel-Agentur
EpG	Epidemiengesetz
ESMP	Europäische Shortages Monitoring Plattform
F&E	Forschung und Entwicklung
FTE	Vollzeitäquivalent
HERA	Health Emergency Preparedness and Response Authority
HMG	Heilmittelgesetz
KMU	kleineren und mittleren Unternehmen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LCG	Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen
LVG	Landesversorgungsgesetz
MRA	Mutual Recognition Agreement
MSSG	Medicines Shortages Steering Group
OECD	Organisation für Economic Co-operation and Development
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
RFA	Regulierungsfolgenabschätzung
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SL	Spezialitätenliste
WL	Wirtschaftliche Landesversorgung

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Versorgungsengepässe mit Heilmitteln und anderen medizinischen Gütern nehmen weltweit zu, auch in der Schweiz. Betroffen sind vor allem preisgünstige Arzneimittel mit abgelaufenem Patentschutz. Dazu gehören zum Beispiel starke Schmerzmittel, Impfstoffe und Antibiotika. Die Ursachen der Versorgungsstörungen sind vielfältig und hauptsächlich globalen Ursprungs. Zu nennen ist etwa die Abwanderung kritischer Produktionsschritte in Niedriglohnländer, die starke Abhängigkeit von wenigen Produktionsstandorten in Asien oder der Abbau von Lagerbeständen entlang der Wertschöpfungskette. Die Folge sind anfällige und unterbrochene Lieferketten. Dazu kommen veränderte Marktverhältnisse nach der Corona-Pandemie und die Auswirkungen des Ukraine-Kriegs, was die Instabilitäten in den Lieferketten verstärkt. Die Schweiz ist im internationalen Vergleich zudem ein kleiner Markt und für global tätige Unternehmen entsprechend nicht prioritär, was die Situation verschärft (z.B. durch Marktrückzüge von Heilmitteln).

Eine gute Versorgung der Schweiz mit Heilmitteln und anderen wichtigen medizinischen Gütern ist für die Bevölkerung und für ein funktionierendes Gesundheitssystem zentral. Auf verfassungsrechtlicher Ebene hat der Bund nur fragmentarische Versorgungskompetenzen. Im Grundsatz ist die Gesundheitsversorgung kantonale geregelt, wobei die Privatwirtschaft primär für die Versorgung mit medizinischen Gütern verantwortlich ist. Der Markt gewährleistet jedoch nicht zwingend eine lückenlose Versorgung – und die Kantone können den oft internationalen Lieferstörungen nicht immer effektiv entgegenzutreten.

Im Herbst 2024 wurde die Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit» eingereicht. Der Bundesrat teilt das generelle Anliegen der Initiative. Der Initiativtext ist aus seiner Sicht aber zu offen formuliert und droht wirkungslos zu bleiben. Die Initiative umfasst gemäss dem Bundesrat zudem Bereiche, die sich nicht auf die vorrangigen Probleme beziehen. Er möchte deshalb dort ansetzen, wo zentrales staatliches Handeln am effektivsten ist und hat am 19. Februar 2025 das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, einen direkten Gegenentwurf zur Volksinitiative auszuarbeiten. Die dazugehörige Botschaft ist innerhalb von 18 Monaten nach Einreichung der Initiative (d. h. per Anfang April 2026) an das Parlament zu überweisen. Konkret soll der Bund einen verfassungsmässigen Auftrag erhalten, um die Versorgungssicherheit mit wichtigen medizinischen Gütern zu gewährleisten. Diesen Auftrag soll er in Zusammenarbeit mit den Kantonen und unter Einbezug der Wirtschaft umsetzen. Dabei soll der Bund verschiedene Massnahmen ergreifen können, die zur Verbesserung der Versorgungslage beitragen.

## 1.2 Auftrag

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen der Vernehmlassung zur Volksinitiative und zum direkten Gegenentwurf<sup>1</sup> einen Auftrag zur Durchführung einer Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) an Swiss Economics vergeben. Hierbei sollen die Auswirkungen einer Implementierung von Art. 117c der Bundesverfassung (BV) gemäss den fünf Punkten einer RFA des Bundes analysiert werden.

## 1.3 Vorgehen und Methodik

Eine RFA ist ein analytisches Instrument, um die verschiedenen Folgen eines staatlichen Eingriffs gegeneinander abzuwägen. Ziel ist es, Nutzen und Kosten staatlichen Handelns vorausschauend aufzuzeigen. Grundsätzlich werden im Rahmen einer RFA fünf Prüfpunkte nach spezifischen Vorgaben des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) abgearbeitet.<sup>2</sup> Die Gliederung des Berichts orientiert sich an diesen Prüfpunkten:

- In **Kapitel 2** wird der Status quo der Versorgungssicherheit mit Heilmitteln und anderen medizinischen Gütern in der Schweiz beschrieben.
- In **Kapitel 3** wird der Handlungsbedarf des Bundes anhand des Status quo beurteilt (Prüfpunkt 1).
- In **Kapitel 4** werden die Handlungs- bzw. Regulierungsoptionen untersucht (Prüfpunkt 2).
- In **Kapitel 5** werden die möglichen Auswirkungen der Handlungsoptionen auf verschiedene Stakeholder bewertet (Prüfpunkt 3).
- In **Kapitel 6** werden die Ergebnisse der vorangegangenen Prüfpunkte zusammengeführt und die Auswirkungen der Verfassungsänderung auf die Gesamtwirtschaft betrachtet (Prüfpunkt 4). Insbesondere werden auch die Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit eingeordnet.
- In **Kapitel 7** wird die Zweckmässigkeit im Vollzug beurteilt (Prüfpunkt 5).

Der Bericht stützt sich in erster Linie auf eine umfassende Daten- und Dokumentenanalyse sowie auf Interviews mit verschiedenen Stakeholdern. Eine vollständige Liste der durchgeführten Stakeholderinterviews findet sich in Anhang B.

---

<sup>1</sup> Vgl. [Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit»: Bundesrat eröffnet Vernehmlassung zum direkten Gegenentwurf](#) [22.10.2025].

<sup>2</sup> Vgl. [SECO Regulierungsfolgenabschätzung](#) [22.10.2025].

## 2 Die Versorgungssicherheit im Status quo

Nachfolgend werden die konzeptionellen und empirischen Grundlagen für die Evaluation der Volksinitiative und des direkten Gegenentwurfs gelegt. Zunächst erfolgt eine Bestandsaufnahme des Status quo, welche die gegenwärtigen Marktstrukturen sowie eine Auswertung der verfügbaren Daten zur Versorgungssicherheit mit medizinischen Gütern in der Schweiz einschliesst. Im Anschluss werden die Ursachen bestehender Engpässe analysiert und die institutionellen Zuständigkeiten sowie die laufenden Massnahmen von Bund und Kantonen im Bereich der Versorgungssicherheit erläutert.

### 2.1 Definitionen

Einleitend sind einige Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit der Versorgungssicherheit zu diskutieren. So schreibt die Volksinitiative in Art. 117c Abs 1 BV vor, dass der Bund die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen soll, um *«einen Mangel an wichtigen Heilmitteln und anderen wichtigen medizinischen Gütern zu verhindern»*. Diese Definition schliesst andere wichtige Aspekte einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung aus, etwa den Mangel an Fachkräften oder an geeigneter Infrastruktur. Solche Aspekte werden zwar teils mit Versorgungssicherheit im weiteren Sinne in Verbindung gebracht, dürften aber ausserhalb des Geltungsbereichs der Volksinitiative und des Gegenentwurfs liegen.

Zur Beschreibung von Mangellagen bei Heilmitteln und anderen medizinischen Gütern werden im vorliegenden Bericht hauptsächlich zwei Begriffe verwendet:

- **Lieferstörung:** Eine Lieferstörung bezeichnet eine Unterbrechung in der Lieferkette eines medizinischen Guts, die zu einer vorübergehenden Störung im gewohnten Warenfluss führt. Es handelt sich um eine logistische Definition, die nicht unmittelbar mit der Patientenversorgung verknüpft ist. Sind beispielsweise ausreichend Lagerbestände an einem medizinischen Gut vorhanden, kann die Versorgung der Patientinnen und Patienten trotz einer Lieferstörung weiterhin im gewohnten Umfang gewährleistet werden.
- **Versorgungsengpass:** Ein Versorgungsengpass liegt vor, wenn ein medizinisches Gut nicht in ausreichender Menge verfügbar ist, um die bestehende Nachfrage zu decken. Versorgungsengpässe können auch ohne Lieferstörung auftreten, etwa bei starken Nachfrageschwankungen. In einer solchen Situation ist die vollumfängliche Patientenversorgung mit einem spezifischen medizinischen Gut nicht mehr gewährleistet. Solche Versorgungsengpässe erfordern Therapieanpassungen auf andere verfügbare medizinische Güter oder können zur vorübergehenden Einstellung von Leistungen führen.

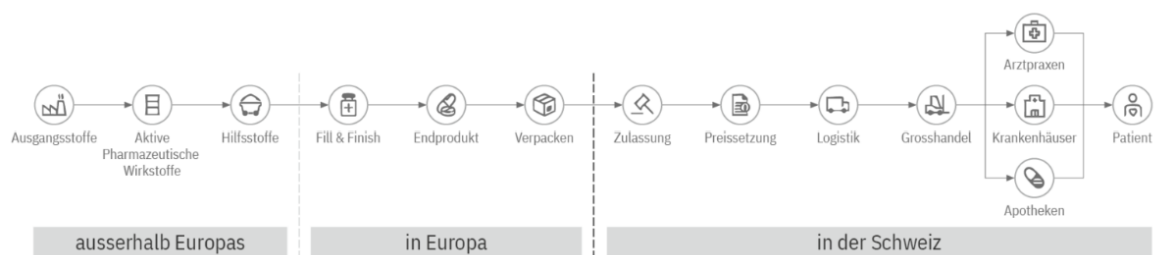
Im Folgenden wird, wenn möglich, zwischen diesen beiden Begriffen unterschieden. Insbesondere die derzeitige Datenlage in der Schweiz ermöglicht jedoch nicht immer eine eindeutige Differenzierung.

## 2.2 Marktstrukturen

Die Wertschöpfungsketten von Arzneimitteln, Medizinprodukten und anderen medizinischen Gütern folgen teilweise unterschiedlichen Marktlogiken. Während die Herstellung und der Vertrieb von Arzneimitteln – insbesondere von Generika – auf globalisierten und stark auf Skaleneffekte ausgelegten Lieferketten basieren, sind die Märkte im Bereich der Medizinprodukte kleinteiliger. Sie sind von vielen kleineren und mittleren Unternehmen (KMU) geprägt und zeichnen sich durch eine hohe Produktdiversität aus.

In Abbildung 1 sind die Elemente der Wertschöpfungskette von Arzneimitteln schematisch dargestellt. Die ersten Wertschöpfungsstufen – also die Gewinnung von Ausgangsstoffen sowie die Produktion pharmazeutischer Wirkstoffe («Active Pharmaceutical Ingredients», API) – sind vor allem bei Generika stark auf wenige Länder ausserhalb Europas konzentriert, insbesondere auf China und Indien (Pellegrini, 2025; Francas et al., 2022; Socal, 2023; Europäische Kommission, 2021). Wirkstoffe für innovative und patentgeschützte Biopharmazeutika werden hingegen überwiegend in Europa und Nordamerika hergestellt (Francas et al., 2022). In der Herstellung hochinnovativer und patentgeschützter Medikamente nimmt insbesondere auch die Schweiz eine führende Rolle ein. Sie ist, gemessen am Exportwert, nach Deutschland der weltweit zweitgrösste Exporteur pharmazeutischer Produkte (OECD, 2024).

**Abbildung 1: Wertschöpfungskette von Arzneimitteln**



Quelle: Pellegrini (2025)

In den letzten Jahren ist der Patentschutz vieler Arzneimittel ausgelaufen. Zugleich zielt die Preisregulierung in westlichen Ländern zunehmend auf kostengünstige Generika ab. Dies hat zu erheblichem Rationalisierungsdruck, einer stärkeren Marktkonzentration und zu einer Verlagerung der Produktion – hauptsächlich nach Asien – geführt. Die Stakeholder<sup>3</sup> hoben in den Gesprächen dann auch hervor, dass in der Schweiz nur noch wenige Generika-Hersteller wie etwa die Streuli Pharma AG und die Bichsel AG tätig sind, die jedoch nur einen geringen Teil der inländischen Nachfrage decken.

Die Schweizer Generikamärkte unterscheiden sich zudem von denen im Ausland. Sowohl die Zahl der zugelassenen Präparate als auch die Anbieterdiversität sind im internationalen Vergleich gering (BAG, 2024). In vielen Indikationsbereichen sind nur ein oder zwei Zulassungsinhaber aktiv, während beispielsweise in Deutschland für generikafähige Wirkstoffe

<sup>3</sup> Eine Liste der Befragten Stakeholder findet sich in Anhang B.

im Jahr 2019 durchschnittlich acht Anbieter verfügbar waren (Schröder et al., 2020). Als Hauptursache hierfür wird oft die begrenzte Marktgrösse in der Schweiz genannt, die nur wenigen grösseren Anbietern eine wirtschaftlich tragfähige Tätigkeit erlaubt.

Auf Stufe Distribution spielen Vollgrossisten eine zentrale Rolle. Laut BAG (2024) werden mehr als 70 Prozent der Arzneimittel über die vier in der Schweiz tätigen Vollgrossisten vertrieben; insbesondere Galexis und Amedis-UE/Voigt. Vor der Grosshandelsstufe übernehmen sogenannte Pre-Wholesaler (z. B. Alloga) teilweise spezialisierte Logistikdienstleistungen. Nachgelagert verfügt die Schweiz über ein im internationalen Vergleich dichtes Apothekennetz (Swiss Economics, 2024).

Die Marktstrukturen im Bereich der Medizinprodukte sind fragmentierter. Die Gesamtzahl der in der Schweiz erhältlichen Medizinprodukte wird auf ca. 500'000 geschätzt, also deutlich mehr als im Bereich der Arzneimittel (BAG, 2023). Zudem ist der Markt für Medizinprodukte durch eine starke Präsenz von KMU gekennzeichnet. Rund 1'400 Medtech-Unternehmen sind hierzulande tätig, 95 Prozent davon sind KMU (Wettstein & Huber, 2024).

Ein weiterer Unterschied zu den Arzneimitteln zeigt sich beim Marktzugang: Während Arzneimittel einer Zulassung durch Swissmedic unterstehen, müssen Medizinprodukte «nur» ein Konformitätsbewertungsverfahren durchlaufen.<sup>4</sup> Im Rahmen eines «Mutual Recognition Agreements (MRA)» hat die Schweiz ihre Anforderungen dabei an diejenigen der EU angeglichen. Das MRA wurde jedoch seit 2021 nicht mehr aktualisiert. Heute anerkennt die Schweiz die EU-Konformitätsbewertung (CE-Kennzeichnung) einseitig.<sup>5</sup> Somit kann ein Medizinprodukt, das nach EU-Bestimmungen als konform gekennzeichnet wurde, auch in der Schweiz in Verkehr gebracht werden.

### 2.3 Versorgungssicherheit in der Schweiz

In der Schweiz fehlt bisher eine systematische Erfassung der Versorgung mit Medizinprodukten und Tierarzneimitteln. Aber auch im Bereich der Humanarzneimittel besteht keine Datenbank, die anhand einheitlicher Kriterien Meldungen zu Liefer- und Versorgungsengpässen erfassen würde. Aktuell werden Lieferengpässe von Humanarzneimitteln in zwei Datenbanken erfasst:

- **Meldestelle für lebenswichtige Humanarzneimittel der wirtschaftlichen Landesversorgung (Meldestelle der WL):**<sup>6</sup> Zulassungsinhaber sind verpflichtet Lieferstörungen und Versorgungsengpässe von lebenswichtigen Präparaten zu melden, wenn diese länger als 14 Tage dauern. Weil sich die Meldepflicht bislang ausschliesslich auf «lebenswichtige» Wirkstoffe bezieht, zeigt die Datenbank nur einen Ausschnitt der tatsächlichen Engpässe.

<sup>4</sup> Vgl. [Regulierung Medizinprodukte](#) [20.08.2025].

<sup>5</sup> Vgl. [Medizinprodukterecht](#) [14.10.2025].

<sup>6</sup> Da die Datenbank der Meldestelle der WL nicht öffentlich ist, wird im Folgenden auf den veröffentlichten Berichten abgestützt.

- *drugshortage.ch*.<sup>7</sup> Bei dieser Datenbank handelt es sich um eine privat geführte Plattform. Sie erfasst, unabhängig von der Einstufung durch das Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung (BWL), alle in der Schweiz vermarkteten Arzneimittel, für die ein vollständiger oder teilweiser Lieferunterbruch gemeldet wurde. Die Datenbank beruht auf freiwilligen Meldungen der Zulassungsinhaberinnen.

Sowohl die Meldestelle der WL wie auch *drugshortage.ch* verzeichnen seit 2016 eine Zunahme der gemeldeten Lieferengpässe.<sup>8</sup> Beide Datenquellen zeigen zudem, dass Generika und preisgünstige Medikamente überdurchschnittlich häufig von Lieferengpässen betroffen sind. In der Spezialitätenliste (SL) waren gemäss *drugshortage.ch* im Zeitraum zwischen 2020 und 2024 nur 12 Prozent der Arzneimittel mit einem Publikumspreis von mehr als CHF 400 betroffen. Bei Arzneimitteln mit einem Publikumspreis von weniger als CHF 50 waren es hingegen 52 Prozent. Auch das BWL hat in der Vergangenheit eine geringere Verfügbarkeit von Arzneimitteln im niedrigsten Preissegment sowie von älteren Wirkstoffen und Generika festgestellt (BWL, 2023). In den Daten von *drugshortage.ch* weisen die gemeldeten Lieferengpässe eine mittlere Dauer von 91 Tagen auf. Diese Dauer kann jedoch stark variieren. Vereinzelt können Lieferunterbrüche sogar länger als ein Jahr andauern. Die Meldestelle der WL rapportiert für das Jahr 2021 eine durchschnittliche Dauer der Lieferengpässe von 112 Tagen und für das Jahr 2022 eine von 125 Tagen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Häufigkeit von Lieferunterbrüchen bei den Arzneimitteln tendenziell zugenommen hat. Betroffen sind vorwiegend kostengünstige Präparate ohne Patentschutz. Hochpreisige Arzneimittel mit Patentschutz sind hingegen zuverlässig lieferbar. Diese Schlussfolgerungen wurden auch in den Stakeholderinterviews mehrheitlich bestätigt. Diese Erkenntnisse gelten im Übrigen auch für andere Ländern: So findet eine Studie aus dem Jahr 2022 für 14 Länder der Organisation für Economic Co-operation and Development (OECD), dass die Anzahl gemeldeter Engpässe zwischen 2017 bis 2019 um 60 Prozent gestiegen ist (Chapman et al., 2022). Aus den Daten nicht direkt erkennbar ist hingegen, welche konkreten Folgen die gemeldeten Lieferstörungen und Versorgungsengpässe für die Patientenversorgung hatten.

Für Lieferengpässe im Bereich der Tierarzneimittel existieren in der Schweiz keine Statistiken. Gleichwohl lassen aktuelle Einfuhrmeldungen des Bundesamtes für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) und von Swissmedic darauf schliessen, dass auch diese von Lieferengpässen betroffen sind.<sup>9</sup> Zwischen Juli 2022 und Juni 2024 meldeten die in der Schweiz registrierten Tierarztpraxen insgesamt 7'411 Importe beim BLV oder liessen sie dort bewilligen – hochgerechnet rund drei Importmeldungen pro Praxis und Jahr (BLV & Swissmedic, 2025). In den meisten Fällen gaben die importierenden Tierärztinnen und

---

<sup>7</sup> Vgl. [Home – drugshortage.ch](https://www.home-drugshortage.ch) [29.07.2025].

<sup>8</sup> Eine genauere Auswertung der Daten der Meldestelle der WL sowie von *drugshortage.ch* findet sich Anhang A.1.

<sup>9</sup> Gemäss Artikel 7 der Tierarzneimittelverordnung (TAMV) dürfen Tierärzte Medikamente aus dem Ausland einführen, wenn es in der Schweiz kein geeignetes, zugelassenes und verfügbares Präparat gibt.

Tierärzte an, dass die betreffenden Präparate in der Schweiz nicht lieferbar seien oder hierzulande keine geeignete Alternative zugelassen sei. Ob die rapportierten Lieferstörungen zu Versorgungsengpässen in der Veterinärmedizin geführt haben, ist unklar. Grundsätzlich ist jedoch eher davon auszugehen, dass durch den Import von Tierarzneimittel Versorgungsengpässe verhindert werden konnten.

Auch im Bereich der Medizinprodukte fehlen belastbare Datenquellen, weshalb derzeit keine quantitativen Aussagen zum Umfang oder zur Häufigkeit von Lieferstörungen und Versorgungsengpässen möglich sind. Die befragten Stakeholder beurteilen die Versorgungslage jedoch insgesamt als stabil. Gleichzeitig habe sich die Lage seit dem Wegfall des MRA mit der EU (vgl. Abschnitt 2.2) verändert. Durch zusätzliche regulatorische Anforderungen, insbesondere für Importeure, kam es zu Marktverengungen und einem teilweisen Rückzug von Produkten. In einzelnen Fällen mussten Ersatzprodukte beschafft werden, was mit Such- und Umstellungskosten verbunden war.

## 2.4 Ursachen und Auslöser von Versorgungsengpässen

Die Ursachen von Lieferstörungen und Versorgungsengpässen im Arzneimittelbereich wurden in der Literatur bereits verschiedentlich untersucht. Typischerweise wird zwischen angebots- und nachfrageseitigen Ursachen unterschieden. Auf der Angebotsseite können Lieferstörungen z.B. aufgrund von Rohstoffknappheit, Produktionsproblemen, logistischen Herausforderungen, aber auch aufgrund betriebswirtschaftlicher Probleme in der Lieferkette entstehen (Shukar et al., 2021). Auch die in der Schweiz verfügbaren Daten<sup>10</sup> zeigen, dass rund zwei Drittel der bei der Meldestelle der WL registrierten Lieferstörungen auf solche angebotsseitigen Störungen zurückzuführen waren. Am häufigsten wurden Distributionsprobleme gemeldet, aber auch Verpackungsfehler, Wirkstoffknappheit oder Qualitätsmängel verursachten Lieferausfälle (vgl. Abbildung 2).<sup>11</sup>

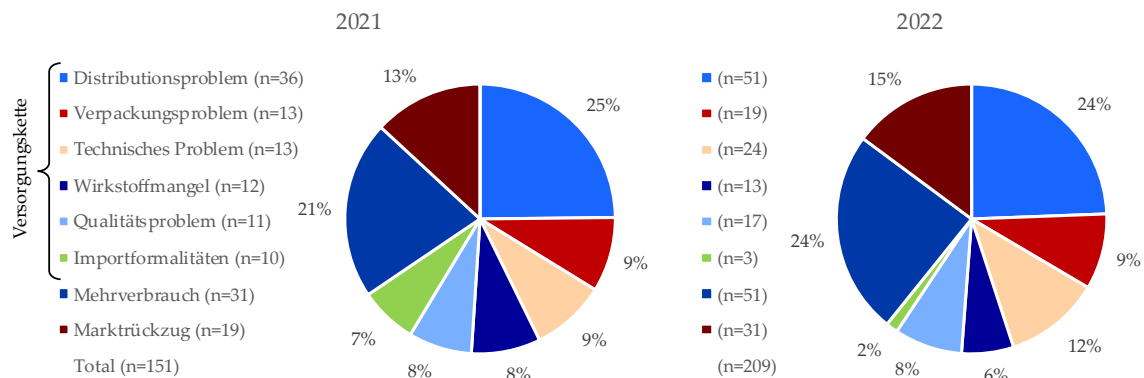
Es ist davon auszugehen, dass der Ursprung dieser Lieferstörungen mehrheitlich im Ausland liegt. Liefer- und Wertschöpfungsketten für Arzneimittel sind komplex und global verflochten, wobei insbesondere bei Generika die Produktion hauptsächlich im Ausland ansässig ist (vgl. Abschnitt 2.2). Auch in den Stakeholderinterviews wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass diese geografische Konzentration zu anfälligen Lieferketten führe, und damit ein zentraler Treiber der zunehmenden Prävalenz von Lieferstörungen und Versorgungsengpässen in der Schweiz sei. Innerhalb der Schweiz dürften die Lieferketten hingegen robust sein. So betonen auch die befragten Stakeholder, dass die Belieferung der Apotheken durch den Grosshandel in allen Landesteilen zuverlässig funktioniere. Selbst ländliche Apotheken werden in der Regel zweimal täglich beliefert.

---

<sup>10</sup> Die Meldestelle der WL erfasst die Ursachen von Versorgungsstörungen bei «lebenswichtigen» Arzneimitteln; die neusten Daten dazu stammen aus den Jahren 2021 und 2022.

<sup>11</sup> Im internationalen Vergleich zeigt sich ein ähnliches Bild: Sowohl Chapman (2022) als auch die FDA (2019) kommen übereinstimmend zum Ergebnis, dass in Europa und den USA mehrheitlich Herstellungs- und Qualitätsprobleme für die gemeldeten Lieferengpässe verantwortlich waren.

Abbildung 2: Ursachen von Lieferstörungen in der Schweiz



Quelle: BWL (2023)

Bei rund 15 Prozent der in der Schweiz gemeldeten Lieferstörungen handelte es sich nicht um vorübergehende Ausfälle, sondern um Marktrückzüge. Gemäss BWL (2023) wurden dabei die meisten Rückzüge bei den Antibiotika verzeichnet. Bei vielen dieser Wirkstoffe handelt es sich um nicht mehr patentgeschützte Produkte. Entsprechend führten sinkende Preise zu Sortimentsbereinigungen und Marktrückzügen (BWL, 2023). Die befragten Stakeholder bestätigen diese Interpretation mehrheitlich. In diesem Zusammenhang wurde teilweise auch die Preisregulierung des Bundes kritisiert, die dazu führe, dass bestimmte Präparate in der Schweiz nicht mehr profitabel vermarktet werden könnten.

Neben Störungen in den Versorgungsketten und Marktrückzügen war nachfrageseitiger Mehrverbrauch in rund einem Viertel der Fälle die Ursache für die von der Meldestelle der WL erfassten Lieferengpässe. Ein Ausbau der Produktionskapazitäten ist für Hersteller von Arzneimitteln kurzfristig in der Regel nicht möglich, da Kapazitäten aus Effizienzgründen oft bereits ausgelastet sind und sich neue Kapazitäten nicht kurzfristig schaffen lassen. Der Bau neuer oder erweiterter Produktionsanlagen ist komplex und mit strengen regulatorischen Vorgaben verbunden (vgl. FDA, 2019). Die Folge ist ein kurzfristig nur begrenzt anpassungsfähiges Angebot, das kurzfristige Nachfrageschwankungen nicht absorbieren kann.

## 2.5 Kosten und Gesundheitsfolgen von Versorgungsengpässen

Lieferstörungen verursachen sowohl direkte als auch indirekte wirtschaftliche Kosten. Wiederum sind vorwiegend im Bereich der Humanarzneimittel entsprechende Schätzungen vorhanden. So wurden die ökonomischen Kosten der Verhinderung von Versorgungsengpässen vom BAG – zusammen mit dem BWL, Swissmedic und der Armeepothek – systematisch untersucht (BAG, 2024). Basis der Untersuchung bilden Schätzwerte verschiedener befragter Akteure für das Jahr 2022, Effekte der Covid-19 Pandemie wurden dabei bewusst ausgeklammert.

## Direkte Kosten

Direkte Kosten entstehen hauptsächlich durch zusätzliche Arbeitsaufwände, die im Vergleich zu einem Zustand ohne Lieferstörungen oder Versorgungsengpässe bei der öffentlichen Verwaltung (BAG, BWL und Swissmedic), der Wirtschaft (Krankenkassen, Grossisten und Zulassungsinhaber) sowie Leistungserbringenden (Apotheken, Arztpraxen, Spitalapotheken und Spitalsärzte und -pflegende) anfallen. Sie entstehen im Zuge des Managements von Lieferstörungen, da diese überwacht werden müssen und alternative Beschaffungswege identifiziert und genutzt werden müssen. Zudem sind bei Versorgungsengpässen alternative Arzneimittel zu identifizieren und Verschreibungen müssen angepasst werden. Die Kosten dieser zusätzlichen Aufwände werden auf CHF 150 bis 310 Mio. pro Jahr geschätzt (BAG, 2024).

Ferner entstehen durch den Ersatz von fehlenden Arzneimitteln Mehrkosten für Patientinnen und Versicherer. Grundsätzlich sind zwar auch Minderkosten denkbar, in der Regel sind Alternativen jedoch teurer. Zu diesen zählen ausländische Arzneimittel, patientenspezifische Importe, Magistralrezepturen<sup>12</sup> aber auch Zweit- und Drittlinientherapien.<sup>13</sup> Die jährlichen Mehrkosten werden auf CHF 90 bis 190 Mio. geschätzt, wobei diese Schätzung mangels verfügbaren Daten auf Angaben von Leistungserbringenden basiert.

Zuletzt entstehen auch direkte Kosten in der Herstellung und im Vertrieb von störungsbeeinträchtigten Arzneimitteln durch Umsatzeinbussen bei den betroffenen Zulassungsinhabern und Pharmagrossisten. Genaue Zahlen zu solchen Umsatzeinbussen konnten bislang nicht erhoben werden.

## Indirekte Kosten

Indirekte volkswirtschaftliche Kosten entstehen, wenn Versorgungsengpässe durch eine verlängerte oder erschwerte Krankheitsdauer zu arbeitsbezogene Ausfallzeiten bei Patientinnen und Patienten führen. Eine Quantifizierung von solchen indirekten Kosten wurde bisher mangels strukturierter Daten nicht vorgenommen. Die befragten Stakeholder vertreten jedoch insgesamt die Meinung, dass trotz zunehmender Lieferstörungen eine hochwertige Gesundheitsversorgung in der Schweiz aufrechterhalten werden konnte. Es ist somit eher unwahrscheinlich, dass es in der Vergangenheit aufgrund von Versorgungslücken zu breitflächigen Produktions- oder Arbeitszeitausfällen infolge erschwelter Krankheitsbilder gekommen ist.

## Gesundheitsfolgen

Übersichtsarbeiten von Shukar et al. (2021) und Phuong et al. (2019) zu verschiedenen Industrieländern zeigen dennoch, dass von Versorgungsengpässen unterschiedliche negative

---

<sup>12</sup> Bei Magistralrezepturen handelt es sich um Arzneimittel, die von (Spital-)Apotheken für spezifische Patienten(-gruppen) auf ärztliche Verschreibung hergestellt werden (vgl. [Art. 9 Abs. 2 Bst. a HMG](#)).

<sup>13</sup> Zweit- und Drittlinientherapien werden dann eingesetzt, wenn nach der initialen Behandlung der Therapieerfolg ausbleibt (DocCheck Flexikon, [Zweitlinientherapie](#) und [Drittlinientherapie](#) [19.08.2025]).

Auswirkungen auf die Behandlungsergebnisse ausgehen können. Dazu zählen unter anderem minderwertige oder weniger wirksame Therapien, Fehler bei der Verschreibung oder Verabreichung, verzögerte oder verweigerte Behandlungen, vermehrte und verlängerte Spitalaufenthalte sowie unerwünschte Arzneimittelinteraktionen. Neben den gesundheitlichen Folgen beeinträchtigen Versorgungsengpässe auch die allgemeine Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Betroffene berichten über psychische Belastungen, Frustration und Vertrauensverlust gegenüber Leistungserbringende.

Inwiefern die Schweiz von solchen negativen Auswirkungen betroffen ist, bleibt unklar. Wie bereits erwähnt, schätzen die meisten Stakeholder die Versorgungssicherheit in der Schweiz als hoch ein. Gleichwohl existieren Berichte über spezifische negative Auswirkungen. So weist etwa die Organisation «mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz» im Rahmen der Vernehmlassung zum direkten Gegenentwurf darauf hin, dass es in der Vergangenheit infolge fehlender Impfstoffe zu Verzögerungen beim Aufbau des notwendigen Impfschutzes gekommen ist.<sup>14</sup>

## 2.6 Rolle von Bund und Kantone

Die Bundesverfassung legt keine ausdrückliche oder umfassende Zuständigkeit des Bundes im Bereich der Versorgungssicherheit mit Heilmitteln und medizinischen Gütern fest, jedoch existieren punktuelle Bundeskompetenzen (vgl. Abbildung 3). Gestützt auf die Bundesverfassung lassen sich im weiteren Zusammenhang mit der Versorgungssicherheit die nachfolgenden Kompetenzen identifizieren:<sup>15</sup>

- **Bewältigung von schweren Mangellagen:** Grundsätzlich obliegt die primäre Verantwortung für die Sicherstellung der Landesversorgung der Privatwirtschaft. Im Falle machtpolitischer oder kriegerischer Bedrohungen sowie bei schweren Mangellagen, denen die Wirtschaft nicht selbst begegnen kann, kann der Bund jedoch Massnahmen zur Sicherstellung der Versorgung mit lebenswichtigen Gütern und Dienstleistungen ergreifen. Zu diesen Gütern gehören auch Heilmittel.
- **Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten (Epidemien):** Der Bund verfügt über eine umfassende Kompetenz zur Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten bei Menschen und Tieren. Dabei kann er auch versorgungspolitische Massnahmen ergreifen, soweit diese notwendig sind, um von den erwähnten Krankheiten ausgehende Gesundheitsgefahren zu begegnen.
- **Zulassung und Inverkehrbringung:** Das Heilmittelgesetz (HMG) beinhaltet zwar nicht direkt ein Versorgungsziel. Die Zulassungskompetenz liegt überdies bei Swissmedic – einer unabhängigen Institution – und diese beschränkt sich auf den Gesundheitsschutz. Bei einigen Regelungen im HMG, etwa der befristeten Bewilligung zum begrenzten

---

<sup>14</sup> Vgl. [Stellungnahmen zur Vernehmlassung – Direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit»](#) [11.11.2025].

<sup>15</sup> Für eine genauere Beschreibung der Bundeskompetenzen vgl. Anhang A.2.

Inverkehrbringen oder den Vorschriften zur Einfuhr in der Schweiz nicht zugelassener Arzneimittel, besteht jedoch ein Zusammenhang zur Versorgungssicherheit.

- **Preisbildung und Vergütung:** Auch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) enthält keine expliziten Normen betreffend die Versorgungssicherheit. Gewisse Kompetenzen im Bereich der Preisbildung und Vergütung von medizinischen Gütern sind jedoch aus Versorgungssicht potenziell relevant. So kann das BAG etwa auf Preisenkungen der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergüteten Arzneimittel verzichten. In Ausnahmefällen kann das BAG sogar eine Preiserhöhung bewilligen, wenn die Versorgung der Bevölkerung mit einer bestimmten Therapie gefährdet ist und es keine Alternativen gibt.

**Abbildung 3: Kompetenzen des Bundes im Bereich der Versorgungssicherheit**



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf EDI (2025).

Grundsätzlich sind gemäss dem Subsidiaritätsprinzip die Kantone für die Versorgungssicherheit mit Heilmitteln und medizinischen Gütern in jenen Bereichen, für welche die Bundesverfassung keine Bundeskompetenz vorsieht, verantwortlich. In der Praxis verfügen die Kantone allerdings mehrheitlich weder über konkrete Strategien noch über die notwendigen Mittel, um den meist nationalen oder globalen Ursachen und Auswirkungen von Versorgungsengpässen wirksam begegnen zu können (BAG, 2022).

### 3 **Prüfpunkt 1: Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns**

Um staatliches Handeln in den Märkten für Heilmittel und andere medizinische Güter zu rechtfertigen, ist gemäss den RFA-Leitlinien des SECO abzuklären, ob ein Markt- oder Regulierungsversagen bzw. ein überwiegendes öffentliches Interesse vorliegt. Nachfolgend wird dargelegt, wie sich dieser Handlungsbedarf aufgrund von Nebeneffekten der heutigen Regulierungen im Bereich von Arzneimitteln ergibt. Zudem wird auf potenzielles Marktversagen im Zusammenhang mit dem Gut «Versorgungssicherheit» eingegangen. Des Weiteren lässt sich auch aufgrund der kantonalen Zuständigkeit für die Versorgungssicherheit und aufgrund des Wegfalls des MRA für Medizinprodukte staatlicher Handlungsbedarf identifizieren.

#### 3.1 **Nebenwirkungen der Zulassungs- und Vergütungspraxis von Arzneimitteln**

Das Bestehen von Marktversagen im Gesundheitswesen ist breit anerkannt. So sind die Märkte für Arzneimittel durch Informationsasymmetrien zwischen Herstellern, Leistungserbringern sowie Patientinnen und Patienten geprägt, welche dazu führen, dass Qualitätsmängel bei Arzneimitteln erhebliche gesundheitliche Schäden verursachen können. Eine unabhängige Zulassungsregulierung ist entsprechend erforderlich, um die Qualität der vermarkteten Arzneimittel sicherzustellen. Dabei soll insbesondere gewährleistet werden, dass nur sichere und verlässliche Arzneimittel auf dem Markt zugelassen sind. Produkte, die diese Standards nicht erfüllen, wird der Marktzugang verwehrt. Die Forcierung einer hohen Qualität von Arzneimitteln führt jedoch in der Tendenz zu einer Einschränkung der verfügbaren Produktpalette, da diese für Hersteller hohe Markteintrittshürden erzeugt. Dies wiederum geht mit einer höheren Anfälligkeit gegenüber Lieferstörungen einher, die weniger gut durch alternative Anbieter im Markt abgedeckt werden können.

Zudem wird einer breit zugänglichen und erschwinglichen Gesundheitsversorgung allgemein ein hoher gesellschaftlicher Wert zugeschrieben. So soll die Preisregulierungen in der Schweiz die Wirtschaftlichkeit der in der Grundversorgung vergüteten Arzneimittel sicherstellen und zur Dämpfung der Gesundheitskosten beitragen. Solche Vergütungs- und Preisregulierungen sind in Arzneimittelmärkten zwar international verbreitet, tragen jedoch durch den entstehenden Kostendruck zur Internationalisierung der Lieferketten und zu einer hohen Auslastung der Produktionskapazitäten bei (vgl. Abschnitt 2.2). Lieferketten werden dadurch störungsanfälliger. Zudem können Preisbeschränkungen die Versorgung kleiner Absatzmärkten wie der Schweiz durch Arzneimittelhersteller wirtschaftlich unattraktiv machen. Es besteht die Gefahr von Marktrückzügen.

Insgesamt stellen hohe Qualitätsstandards im Arzneimittelmarkt und tiefe Gesundheitskosten grundsätzlich legitime öffentliche Interessen dar und begründen zweifelsohne staatlichen Handlungsbedarf. Gleichzeitig bewirken die konkreten Marktinterventionen jedoch einen gewissen Zielkonflikt mit dem ebenso legitimen Interesse an einer intakten Versorgungssicherheit. Entsprechend ist es sinnvoll, die Versorgungssicherheit bei der Regulierung des Arzneimittelmarktes «mitzudenken».

### 3.2 Versorgungssicherheit als meritorisches Gut und systemisches Risiko

Versorgungssicherheit weist zudem per Definition gewisse Merkmale eines öffentlichen Gutes auf, ist deren Ziel doch, der gesamten Bevölkerung jederzeit den Zugang zu wichtigen Arzneimitteln und anderen wichtigen medizinischen Gütern zu ermöglichen. Mit der Gewährleistung der Versorgungssicherheit soll erreicht werden, dass die entsprechenden Leistungen allen zugänglich sind (Nicht-Ausschliessbarkeit) und verhindert werden, dass es zu Konsumrivalitäten kommt. Da es sich hierbei jedoch primär um ein gesellschaftlich wünschenswertes Ziel handelt, das im freien Markt so nicht erreicht werden könnte, weist Versorgungssicherheit Züge eines meritorischen Guts auf.

Letztlich weist die Versorgungssicherheit aber insbesondere auch Parallelen zu systemischen Risiken auf. Dabei liegt ein systemisches Risiko vor, wenn der Ausfall einzelner Akteure oder Teile eines Systems das gesamte System destabilisieren und dadurch für die Gesellschaft erhebliche Folgekosten entstehen. Bei systemischen Risiken kann ein Marktversagen vorliegen, weil einzelne Akteure nur ihren eigenen Nutzen beachten, nicht aber die Stabilität des Gesamtsystems. Massnahmen zur Vorsorge, wie Notfallreserven oder zusätzliche Kapazitäten, lohnen sich für den Einzelnen kaum, obwohl sie für die Gesellschaft einen Nutzen haben – das führt zum einem sogenannten Trittbrettfahrerproblem. Ausserdem lassen sich solche Risiken kaum versichern, da im Krisenfall potenziell alle gleichzeitig betroffen sind; es fehlt an der Möglichkeit Risiken zu «poolen». Dadurch wird zu wenig in Vorsorge und Resilienz investiert, was eine staatliche Intervention rechtfertigen kann.

### 3.3 Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen

Wie in Abschnitt 2.6 beschrieben, sind zudem – mit Ausnahme weniger spezifischer Bereiche – aufgrund des Subsidiaritätsprinzips in erster Linie die Kantone bei Versorgungsengpässen zuständig.<sup>16</sup> In der Praxis nehmen die Kantone diese Rolle gemäss verschiedenen Aussagen von Stakeholdern jedoch höchst eingeschränkt wahr. So sehen viele Kantone keine konkreten Massnahmen im Bereich der Versorgungssicherheit vor. Vielmehr werden nationale Lösungen gefordert (BAG, 2022). Begründet wird dies damit, dass die Versorgung mit Heilmitteln und anderen medizinischen Gütern stark globalisiert und komplex organisiert sei. Die Handlungsspielräume der Kantone sind limitiert, sie haben kaum Einfluss auf internationale Lieferketten und regulatorische Rahmenbedingungen wie etwa das MRA.

Hinzu kommt mitunter die oben genannte Trittbrettfahrerproblematik: Der Aufbau und Betrieb von Notfallreserven ist kostspielig, weshalb Kantone ohne akuten Anlass solche Investitionen eher scheuen dürften. Dabei spielt sicherlich auch die Erwartung eine Rolle, dass im Falle eines Versorgungsengpasses der Bund oder andere Kantone unterstützend eingreifen würden. Das im Gesundheitsbereich grundsätzlich zu begrüssende Subsidiaritätsprinzip führt somit im spezifischen Bereich der Versorgungssicherheit augenscheinlich

---

<sup>16</sup> Vgl. hierzu [Art. 3](#) und [Art. 42 Abs 1 BV](#) [20.08.2025].

zu keinen optimalen Resultaten – die Kantone nehmen die ihnen zugedachte Rolle schlicht nicht bzw. nur ungenügend wahr.

### 3.4 Zulassungsregulierung im Markt von Medizinprodukten

Während Arzneimittel einer Zulassungspflicht durch Swissmedic und einer Preisfestsetzung durch das BAG unterstehen, benötigen Medizinprodukte keine behördliche Zulassung<sup>17</sup> und unterliegen auch keiner Preisregulierung. Vielmehr übernimmt die Schweiz in diesem Bereich einseitig die CE-Kennzeichnung der EU (vgl. Abschnitt 2.2). Seit dem Wegfall des MRA müssen Schweizer Hersteller ihre Produkte gleichwertig zertifizieren lassen und es ist de facto eine zusätzliche Meldepflicht an Swissmedic entstanden.<sup>18</sup> Dies hat Kosten und Bürokratie deutlich erhöht (Infras, 2025) und zwar in einem Umfang, der für KMU geschäftshemmend sein kann.

Auch für importierte Medizinprodukte aus der EU gelten nun zusätzliche Anforderungen – etwa die Benennung eines Schweizer Bevollmächtigten oder die Anpassung der Etikettierung –, was den Marktzugang verlangsamt. Dadurch drohen Verzögerungen bei der Einführung neuer Produkte. Zudem könnten bestimmte Nischenprodukte vom Markt verschwinden, weil sich der Zusatzaufwand für den Hersteller nicht mehr lohnt. Insgesamt ist somit nicht auszuschliessen, dass der Wegfall des MRA unerwünschte Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit im Bereich der Medizinprodukte hat, was auch aus dieser Perspektive staatlichen Handlungsbedarf begründen kann.

### 3.5 Zieldefinition der Vorlagen

Aufbauend auf der Analyse des Status quo in Kapitel 2 und des identifizierten staatlichen Handlungsbedarfs lassen sich die primären Ziele ableiten, die mit den beiden Vorlagen (Initiative und direkter Gegenentwurf) erreicht werden sollen. Ausgangspunkt sind dabei die aus volkswirtschaftlicher Perspektive unerwünschten Nebenwirkungen der aktuellen Regulierungen im Gesundheitswesen auf die Versorgungssicherheit im Bereich Heilmittel und anderen wichtigen medizinischen Gütern. Diese Wirkungen gehen dabei nicht nur von der Schweizer Regulierung aus, sondern auch von vergleichbarer Regulierung im Ausland, die sich offensichtlich dem Einflussbereich der Schweiz entziehen.

Dabei ist es nicht das Ziel dieser RFA die bestehenden Preis- und Qualitätsregulierungen im Gesundheitswesen zu hinterfragen. Vielmehr geht es darum abzuklären, ob – gegeben diese Regulierungen – in der heutigen Situation staatlicher Handlungsbedarf besteht und ob mit der geplanten Volksinitiative bzw. dem direkten Gegenentwurf die identifizierten Probleme bestmöglich adressiert werden. Auch die heutige Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen ist ein Faktor, der dem Ziel der Versorgungssicherheit eher

---

<sup>17</sup> Vgl. [Regulierung Medizinprodukte](#) [20.08.2025].

<sup>18</sup> Vgl. [Meldung von Medizinprodukten](#) [07.11.2025].

entgegensteht. Es wird deshalb nachfolgend zu prüfen sein, ob die vorgeschlagenen Reformen hier Abhilfe schaffen können.

Ob das (gemeinsame) Ziel der beiden Vorlagen – nämlich Versorgungsengpässe zu verhindern – erreicht wird, hängt letztlich stark von den konkret ergriffenen Massnahmen ab. Dabei ist für die Verhinderung von Versorgungsengpässen in erster Linie zentral, sich abzeichnende Lieferstörungen frühzeitig zu erkennen – optimalerweise bevor sie eintreffen. Solche Überwachungsmechanismen existieren bereits heute, jedoch nur für lebenswichtige Humanarzneimittel und gemäss Landesversorgungsgesetz (LVG) nur mit dem Ziel, schwere Mangellagen zu verhindern. Die heute existierende Überwachung ist somit eingeschränkt, eine generelle Marktübersicht für Heilmittel, andere medizinische Güter sowie Tierarzneimittel entsteht dadurch – obwohl aus Perspektive der Versorgungssicherheit wünschenswert – nicht.

### 3.6 Fazit

Die Notwendigkeit staatlichen Handelns kann grundsätzlich bejaht werden. Es bestehen mehrere ineinandergreifende Probleme, deren gemeinsamer Nenner ist, dass die Versorgungssicherheit im heutigen Regulierungsrahmen nicht bzw. zu wenig berücksichtigt wird. Hinzu kommt, dass die Versorgungssicherheit Merkmale eines meritorischen Gutes aufweist. Aus systemischer Sicht ist zudem das Problem erkennbar, dass die einzelnen Marktakteure nicht genügend Anreize haben, in Resilienz zu investieren, was die Verwundbarkeit gegenüber Lieferstörungen erhöht. Auch die aktuelle Verteilung der Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen ist einer Lösung der genannten Probleme nicht zuträglich. Somit besteht ein struktureller Handlungsbedarf des Bundes, aktiv zu werden.

Ziel des staatlichen Handelns ist, die Versorgungssicherheit von Heilmitteln und anderen wichtigen medizinischen Gütern nachhaltig zu gewährleisten. Bestehende Qualitäts- und Preisregulierungen sind indes nicht in Frage zu stellen, vielmehr soll die Versorgungssicherheit durch zusätzliche Massnahmen gestärkt werden. Zentral ist es hierbei auch, ein Marktübersicht zu schaffen, um drohende Lieferstörungen frühzeitig zu erkennen bzw. bei eingetretenen Lieferengpässen sofort reagieren zu können.

## 4 Prüfpunkt 2: Alternative Handlungs- bzw. Regulierungsoptionen

Nachfolgend werden die beiden Vorlagen – Volksinitiative und direkter Gegenentwurf – beschrieben. Beide Vorlagen beinhalten eine Verfassungsänderung, dementsprechend sind zum heutigen Zeitpunkt noch keine konkreten Massnahmen auf Gesetzes- oder Verordnungsstufe bekannt. Mögliche Massnahmen werden deshalb aus den Verfassungstexten sowie den dazugehörigen Erläuterungen und Informationen abgeleitet.

### 4.1 Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit»

Grundsätzlich soll mit der Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit» eine Bundeskompetenz zur Verhinderung von Mängeln an wichtigen Heilmitteln und anderen medizinischen Gütern geschaffen werden (vgl. Box 1 für den konkreten Wortlaut der Initiative). Anders als in Art. 102 BV, wo von lebenswichtigen Gütern die Rede ist, werden im neuen Art. 117c Abs. 1 BV wichtige Heilmittel und andere wichtige medizinische Güter direkt auf Verfassungsebene adressiert. Der Begriff der «wichtigen medizinischen Güter» entstammt dabei nicht bestehendem Recht, wird jedoch auch in der laufenden Revision des Epidemiengesetzes (EpG) verwendet. In diesem Zusammenhang ist der Begriff aber auf Güter zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten limitiert. Da sich die Volksinitiative nicht auf diesen Bereich beschränkt, ist die Auslegung des Begriffs noch unklar.

#### Box 1: Text der Volksinitiative (Art. 117c BV)

<sup>1</sup> Der Bund schafft die erforderlichen Rahmenbedingungen, um einen Mangel an wichtigen Heilmitteln und anderen wichtigen medizinischen Gütern zu verhindern. Zu diesem Zweck trifft er Massnahmen, um:

- a) die Erforschung, Entwicklung und Herstellung von wichtigen Heilmitteln in der Schweiz zu fördern und den raschen Zugang von Patientinnen und Patienten zu solchen Heilmitteln zu gewährleisten;
- b) sicherzustellen, dass genügend Vorräte an wichtigen Heilmitteln und anderen wichtigen medizinischen Gütern sowie ihren Ausgangsmaterialien in hoher Qualität gegen eine angemessene Abgeltung an die beauftragten Unternehmen gehalten und bewirtschaftet werden;
- c) in Zusammenarbeit mit dem Ausland zuverlässige Lieferketten für wichtige Heilmittel und andere wichtige medizinische Güter sicherzustellen;
- d) den geordneten und nachhaltigen Vertrieb von wichtigen Heilmitteln in allen Landesgegenden sicherzustellen;
- e) die dezentrale Abgabe von wichtigen Heilmitteln einschliesslich der fachgerechten Beratung und Betreuung sicherzustellen.

<sup>2</sup> Zur Erreichung der Ziele nach Absatz 1 werden der Bund und seine Organisationen nicht als Anbieter von Gütern oder Dienstleistungen tätig; vorbehalten bleiben Notlagen, in denen die Wirtschaft die Versorgung mit wichtigen Heilmitteln und anderen wichtigen medizinischen Gütern nicht selbst erbringen kann.

Im Rahmen der Umsetzung der Initiative sind zudem strukturpolitische Massnahmen entlang der gesamten Wertschöpfungskette – von der Forschung und Entwicklung bis hin zur dezentralen Abgabe – angedacht (Art. 117c Abs. 1 Bst. a–e BV). Auch soll der Bund mit dem Ausland zusammenarbeiten, um zuverlässige Lieferketten sicherzustellen.

Im angedachten Art. 117c Abs. 2 BV sind allerdings auch Einschränkungen der Tätigkeit des Bundes formuliert. Demnach soll der Bund seine Markttätigkeit – also der Auftritt als Anbieter von Gütern oder Dienstleistungen – ausschliesslich auf Notlagen beschränken, in denen die Wirtschaft die Versorgung mit wichtigen Heilmitteln und anderen wichtigen medizinischen Gütern nicht (mehr) selbst leisten kann. Die primäre Verantwortung für die Versorgung des Landes mit medizinischen Gütern in normalen Lagen soll also weiterhin bei der Privatwirtschaft liegen. Die Schaffung einer Grundlage für das Monitoring der Versorgungssicherheit, was als Grundlage des Verfassungsauftrags an den Bund aufgefasst werden kann (vgl. Abschnitt 3.5), wird im Initiativtext nicht ausdrücklich erwähnt.

## 4.2 Direkter Gegenentwurf des Bundesrats

Auch der direkte Gegenentwurf will eine Bundeskompetenz zur Sicherstellung der Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern schaffen (vgl. Box 2 für den konkreten Wortlaut des Gegenentwurfs). Ergänzend zu den bestehenden Versorgungskompetenzen (primär Art. 102 und Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV) soll der Bund insbesondere auch in einer normalen Lage langfristig und strukturell ausgerichtete Massnahmen zur Förderung der Versorgungssicherheit ergreifen können. Wie die Initiative spricht auch der direkte Gegenentwurf von «wichtigen medizinischen Gütern», welche allerdings wiederum nicht genauer definiert werden. Dem erläuternden Bericht ist jedoch zu entnehmen, dass diese Heilmittel (inklusive Tierarzneimittel und Medizinprodukte), auch weitere wichtige medizinische Güter (z. B. Desinfektionsmittel und medizinische Schutzausrüstung) umfassen sollen.

### Box 2: Text direkter Gegenentwurf (Art. 117c BV)

<sup>1</sup> Bund und Kantone setzen sich im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für die Sicherstellung der Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern ein.

<sup>2</sup> Der Bund überwacht die Versorgung mit solchen Gütern.

<sup>3</sup> Er kann, soweit erforderlich, Massnahmen zur Sicherstellung der Versorgung mit solchen Gütern treffen. Er kann insbesondere die Versorgung mit solchen Gütern mit wirtschaftlichen Anreizen fördern und solche Güter beschaffen, herstellen oder herstellen lassen.

<sup>4</sup> Er setzt sich im Rahmen der aussenpolitischen Beziehungen für die Sicherstellung der Versorgung mit solchen Gütern ein.

Absatz 2 des neuen Art. 117c BV verpflichtet den Bund zur Überwachung der Versorgungslage. Gemäss dem erläuternden Bericht soll dies ein proaktives, zentral geführtes Monitoring der Versorgungslage umfassen, das dazu dient, gezielte (strukturelle) Massnahmen zur Vorbeugung und Behebung von Versorgungsstörungen zu ergreifen. In Absatz 3 des neuen Art. 117c BV wird dem Bund sodann die Kompetenz erteilt, Vorschriften zur Sicherstellung der Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern zu erlassen; sowohl

präventiv als auch zur Behebung bestehender oder drohender Engpässe. So wird namentlich ausgeführt, dass der Bund wirtschaftliche Anreize setzen, selbst Beschaffungen tätigen oder wichtige medizinische Güter selbst herstellen oder herstellen lassen kann. Durch den Zusatz «soweit erforderlich» wird deutlich gemacht, dass der Bund nur subsidiär tätig werden soll, bzw. wenn die Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern nicht anderweitig sichergestellt werden kann. Zudem soll er sich im Rahmen seiner aussenpolitischen Beziehungen für die Versorgungssicherheit einsetzen (Art. 117c Abs. 4 BV).

### 4.3 Vergleich der Regulierungsoptionen

Um einen Analyserahmen zu erarbeiten, mit dem sich die Auswirkungen der beiden Regulierungsoptionen systematisch untersuchen lassen, werden die beiden Vorlagen zunächst verglichen. Hierzu sind vorab Handlungsfelder und -rahmen zu bestimmen:

- **Handlungsfelder:** In einem ersten Schritt werden die thematischen Handlungsfelder identifiziert, in denen der Bund gemäss den beiden Vorlagen aktiv werden kann. Diese Handlungsfelder werden entlang den einzelnen Stufen der Liefer- und Wertschöpfungskette medizinischer Güter geordnet. Anhand dieser Auslegeordnung werden Überschneidungen und Abweichungen zwischen den Vorlagen identifiziert.
- **Handlungsrahmen:** In einem zweiten Schritt werden die generellen Rahmenbedingungen beschreiben, welche die Vorlagen für das Handeln des Bundes abstecken. Dabei geht es vor allem um die Auslegung des Begriffs der «wichtigen medizinischen Güter» und die Grenzen der Markttätigkeit des Bundes. Wiederum werden Überschneidungen und Abweichungen zwischen den Vorlagen identifiziert.

Ziel dieses Abschnitts ist es, die notwendige Grundlage zu schaffen, um für die beiden Vorlagen Szenarien mit konkreten Massnahmen herzuleiten, die nachfolgend miteinander verglichen werden können.

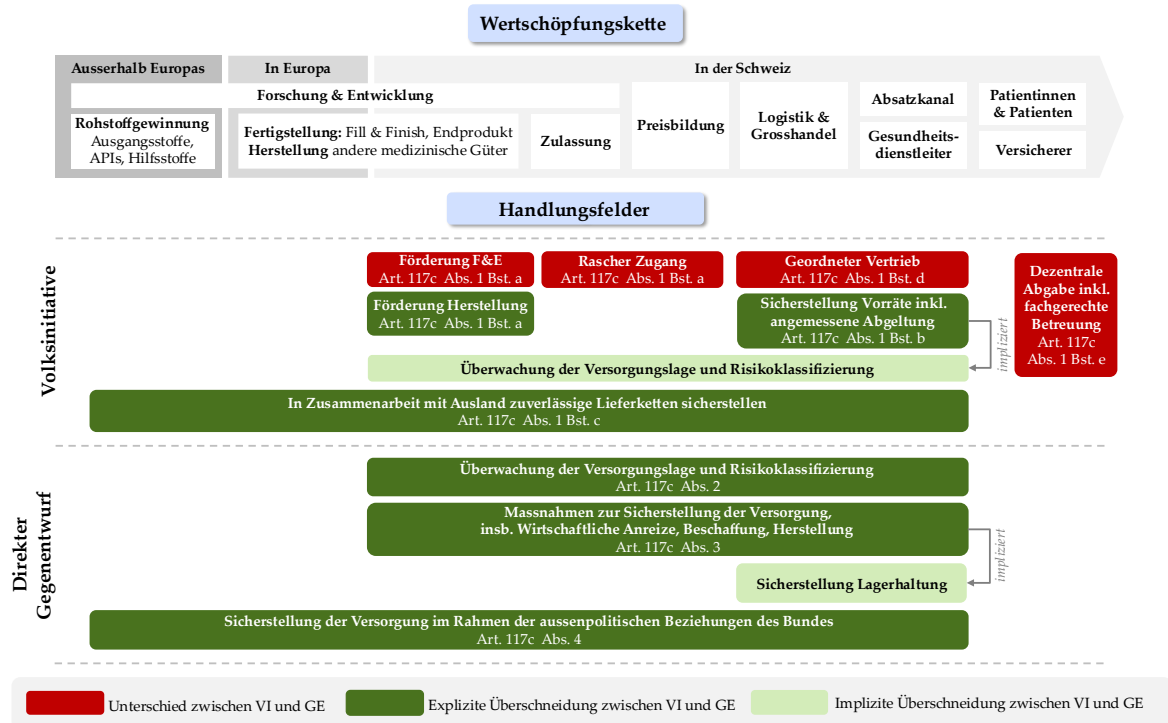
#### 4.3.1 Handlungsfelder

Abbildung 4 zeigt eine schematische Darstellung der Handlungsfelder des Bundes, die von der Volksinitiative und dem direkten Gegenentwurf abgesteckt werden. Grün hinterlegte Felder weisen auf eine Überschneidung der Handlungsfelder zwischen den beiden Vorlagen hin. Rot hinterlegte Felder verweisen dagegen auf eine Abweichung zwischen den Vorlagen.

Die beiden Vorlagen weisen verschiedene – explizite und implizite – Übereinstimmungen auf. So hat der Bund etwa bei beiden Regulierungsoptionen einen vergleichbaren Handlungsspielraum im Bereich der Herstellung medizinischer Güter. Insbesondere erlauben es die Initiative wie auch der direkte Gegenentwurf dem Bund strukturelle Fördermassnahmen im Bereich der Herstellung von medizinischen Gütern umzusetzen (Art. 117c Abs. 1 Bst. a der Volksinitiative und Art. 117c Abs. 3 des direkten Gegenentwurfs). Zudem sehen beide Vorlagen vor, dass sich der Bund im Rahmen seiner aussenpolitischen Beziehungen

für die Versorgungssicherheit mit wichtigen medizinischen Gütern einsetzt (Art. 117c Abs. 1 Bst. c der Volksinitiative bzw. Art. 117c Abs. 4 des direkten Gegenentwurfs).

Abbildung 4: Handlungsfelder in Volksinitiative und direktem Gegenentwurf



Quelle: Eigene Darstellung

Des Weiteren können implizite Übereinstimmungen in den Handlungsfeldern des Bundes identifiziert werden (hellgrün hinterlegte Felder in Abbildung 4). Konkret kann etwa die im Gegenentwurf nicht erwähnte Lagerhaltung als logische Konsequenz einer Sicherstellung der Versorgung und der bereits heute bestehenden Kompetenz des Bundes im Bereich Pflichtlagerhaltung interpretiert werden. Aus dieser Sicht ergeben sich für diesen Kompetenzbereich keine grundlegenden Unterschiede zwischen den Regulierungsoptionen. Auch die Lagerhaltung von Ausgangsmaterialien lässt sich im direkten Gegenentwurf nicht von vornherein ausschliessen, obwohl sie in früheren Evaluationen des Bundes kritisch bewertet wurde (BAG, 2024). Weiter erwähnt der direkte Gegenentwurf explizit den Aufbau eines Monitorings (Art. 117c Abs. 2 BV), während die Volksinitiative hierzu keine explizite Aussage tätigt. Durch die Vorgabe, dass der Bund für genügend Vorräte an wichtigen Heilmitteln, anderen wichtigen medizinischen Gütern sowie Ausgangsmaterialien besorgt sein muss, wird ein Monitoring aber wohl auch durch die Volksinitiative implizit vorausgesetzt (vgl. Art. 117 Abs. 1 Bst. b der Volksinitiative).

Grundsätzlich ist jedoch davon auszugehen, dass der direkte Gegenentwurf den Kompetenzrahmen des Bundes enger fasst als die Volksinitiative. Insbesondere scheint es wenig wahrscheinlich, dass der Bund im Rahmen des direkten Gegenentwurfs zusätzliche strukturelle Massnahmen in den Bereichen F&E sowie Vertrieb und Abgabe (Wertschöpfungsstufen «Absatzkanal» bis «Patientinnen und Patienten» in Abbildung 4) ergreifen würde

(rot hinterlegte Felder in Abbildung 4). Zwar ist der direkte Gegenentwurf offen und nicht abschliessend formuliert und erlaubt dem Bund im Prinzip, Massnahmen zur Sicherstellung der Versorgung umzusetzen. Aus dem festgestellten Handlungsbedarf in Kapitel 3 lassen sich jedoch keine notwendigen Massnahmen in den Bereichen F&E und Vertrieb ableiten, da die Ursachen der derzeit beobachteten Versorgungsstörungen nicht auf diesen Wertschöpfungsstufen liegen. Diese Haltung vertritt auch der Bundesrat im erläuternden Bericht zum direkten Gegenentwurf. Im Gegensatz dazu erwähnt die Volksinitiative die Bereiche F&E und Vertrieb explizit und räumt dem Bund die Kompetenz ein, auf den entsprechenden Wertschöpfungsstufen aktiv zu werden.

Der Initiativtext spezifiziert zudem ein Handlungsfeld, das bereits heute in der Zuständigkeit des Bundes liegt. So zielt die geforderte Gewährleistung eines raschen Zugangs zu Heilmitteln für Patientinnen und Patienten mutmasslich auf die rasche Marktzulassung innovativer Heilmittel durch Swissmedic und auf eine schnelle Aufnahme in die SL durch das BAG ab. Beide Prozesse sind bereits umfassend im geltenden HMG und KVG geregelt (vgl. Abschnitt 2.6). So wurden jüngst im Rahmen von Änderungen des KVG auch Massnahmen wie Preismodelle oder die vorläufige Vergütung von Arzneimitteln vorgeschlagen, um einen raschen Zugang zu innovativen Heilmitteln über die obligatorische Grundversorgung sicherzustellen.<sup>19</sup> Auch weitere Massnahmen in diesem Bereich dürften keine Verfassungsänderung bedingen.

#### 4.3.2 Handlungsrahmen

Hinsichtlich des Handlungsrahmens des Bundes enthalten sowohl die Volksinitiative als auch der direkte Gegenentwurf wesentliche Einschränkungen, die sich aber kaum zwischen den beiden Vorlagen unterscheiden. Diese beziehen sich einerseits auf Art und Menge der betroffenen medizinischen Güter und andererseits auf die Abgrenzung der Bundeskompetenzen gegenüber den Kantonen und der Privatwirtschaft.

Der Zuständigkeitsbereich des Bundes erstreckt sich gegenwärtig auf lebenswichtige Güter im Sinne des LVG, zu denen auch Heilmittel für die Human- und Veterinärmedizin zählen (Art. 4 Abs. 2 Bst. b LVG; Art. 7 Abs. 3 Bst. c VWLV).<sup>20</sup> Zudem liegt gemäss Art. 44 Abs. 1 EpG die Versorgung der Bevölkerung mit den wichtigsten zur Bekämpfung übertragbarer

---

<sup>19</sup> Vgl. [KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2](#) [19.11.2025].

<sup>20</sup> In der praktischen Anwendung wird dieser Begriff jedoch enger gefasst. Die Verordnung über die Meldestelle für lebenswichtige Humanarzneimittel vom 28. Mai 2025 präzisiert in Art. 1 Abs. 2, dass ein von Swissmedic zugelassenes Humanarzneimittel als lebenswichtig gilt, wenn es nicht oder nur eingeschränkt ersetzbar ist und sein Fehlen über längere Zeit gravierende gesundheitliche Folgen hätte. Derzeit sind gemäss BWL (2024) rund 320 Wirkstoffe als meldepflichtig eingestuft.

Krankheiten geeigneten Heilmitteln im Kompetenzbereich des Bundes.<sup>21</sup> Die Verwendung von Formulierungen wie «wichtige Heilmittel und andere wichtige medizinische Güter» in der Volksinitiative bzw. «wichtige medizinische Güter» im direkten Gegenentwurf bedeutet höchstwahrscheinlich eine Erweiterung der bisherigen Zuständigkeiten des Bundes im Vergleich zum Status quo (vgl. Abbildung 5). Die Auslegung dürfte sich auf eine breitere Produktpalette beziehen, die sowohl Heilmittel (Arzneimittel und Medizinprodukte) als auch andere medizinische Güter, einschliesslich solcher für den Veterinärbereich, umfasst. Gleichzeitig impliziert das Wort «wichtig» eine Fokussierung auf bestimmte Kategorien medizinischer Güter. Welche Produkte jedoch konkret als «wichtige medizinische Güter» einzustufen sind, definieren weder die Volksinitiative noch der direkte Gegenentwurf – dies wird Gegenstand des politischen Prozesses sein.

Grundsätzlich müsste aber eine Kategorisierung von Arzneimitteln das öffentliche Interesse an einer zuverlässigen und hochwertigen Gesundheitsversorgung widerspiegeln. Konkret würde dies wohl eine Einstufung der Arzneimittel nach unterschiedliche Risikoklassen bedingen. Kategorisierungen, an denen man sich orientieren könnte, existieren bereits im Ausland (vgl. Box 3). Historische Daten zeigen zudem, dass Versorgungsentgänge zwar in bestimmten Arzneimittelkategorien besonders häufig auftreten, insgesamt jedoch ein breites Spektrum an Produktgruppen betreffen. Soll das Risiko von Versorgungsstörungen daher umfassend für eine breite Gruppe an medizinischen Gütern adressiert werden, wäre zumindest bei Humanarzneimitteln eine weite Auslegung des Begriffs «wichtige medizinische Güter» erforderlich.

**Abbildung 5: «Wichtige medizinische Güter» im Vergleich zum Status Quo**



Quelle: Eigene Darstellung

<sup>21</sup> Im Rahmen der laufenden Revision des EpG soll der Begriff «Heilmittel» im gesamten Erlass durch den weiter gefassten Begriff «wichtige medizinische Güter» ersetzt werden (vgl. Art. 3 Bst. e E-EpG). Damit sollen neu alle für die Bewältigung einer Epidemie erforderlichen Produkte erfasst werden – darunter etwa auch Hygiene- und Atemschutzmasken, Schutzhandschuhe oder Desinfektionsmittel (vgl. [Botschaft zur Änderung des EpG vom 20.8.2025](#)).

Welche Produkte konkret der Gruppe wichtiger medizinischer Güter zuzuordnen wären, lässt sich zum heutigen Zeitpunkt nicht voraussagen. Zur Illustration soll nachfolgend jedoch beispielhaft die mögliche Grösse dieser Gruppe bestimmt werden (vgl. Tabelle 1): Derzeit werden im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung insgesamt 10'188 Arzneimittel der SL vergütet. Zudem wird die Gesamtzahl Medizinprodukte in der Schweiz auf ca. 500'000 geschätzt (BAG, 2023). Zusätzlich sind gemäss Swissmedic (2024) aktuell 749 Tierarzneimittel zugelassen.

Die Expertengruppe Versorgungssicherheit (EGV) schätzt, dass unter Anwendung der Wirkstoffkategorisierung der niederländischen Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) 12 Prozent der Arzneimittel auf der SL als «vital», 12 Prozent als «essenziell» und 31 Prozent als «notwendig» eingestuft würden (EGV, 2025). Bei einer ähnlichen Operationalisierung würden somit rund 50 Prozent der in der SL geführten Arzneimittel unter den Begriff «wichtige medizinische Güter» fallen. Nimmt man zusätzlich an, dass lediglich 5 Prozent der Tierarzneimittel, Medizinprodukte und anderen medizinischen Güter im Zuge der Umsetzung der Volksinitiative oder des direkten Gegenentwurfs als wichtige medizinische Güter eingestuft würden, ergäbe sich eine Gesamtmenge von rund 30'150 Produkten. Zum Vergleich: Gemäss BWL enthalten gegenwärtig etwa 1'500 SL-Produkte meldepflichtige Wirkstoffe. Je nach Definition der Kategorie der «wichtigen medizinischen Güter» könnte sich somit die Zahl der für die Versorgungssicherheit als relevant erachteten Produkte stark erhöhen. Dies unabhängig davon, ob die Volksinitiative oder der direkte Gegenentwurf angenommen würde.

**Tabelle 1: Mengenbeispiel der «Heilmittel und wichtigen medizinischen Güter»**

Grundversorgung	Anzahl
Arzneimittel in SL/GGSL	10'188 Produkte (1'256 Wirkstoffe)
Medizinprodukte und andere medizinische Güter	ca. 500'000 Produkte
Zugelassene Tierarzneimittel	749 Produkte
«Wichtige medizinische Güter»	Anzahl
Total «wichtige medizinische Güter»	<b>ca. 30'150 Produkte</b>
<i>Annahmen:</i>	
- 50% der SL-Arzneimittel sind «wichtige»	
- 5% der anderen medizinischen Güter sind «wichtig»	
Lebenswichtige Arzneimittel gemäss LVG	Anzahl
Meldepflichtige Arzneimittel	320 Wirkstoffe
Arzneimittel mit meldepflichtigen Wirkstoffen in der SL/GGSL	ca. 1'500 Produkte

Quellen: SL/GGSL Datenstamm, Stand 1.10.2025; Swissmedic (2024); Wirtschaftliche Landesversorgung (2024)

Sowohl die Volksinitiative als auch der direkte Gegenentwurf begrenzen zudem die Eingriffsmöglichkeiten des Bundes als Marktakteur. Nach Vorgabe der Volksinitiative darf der Bund nur in Notlagen als Anbieter von Gütern und Dienstleistungen auftreten, in denen

die Privatwirtschaft die Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern nicht gewährleisten kann. Auch beim direkten Gegenentwurf kann der Bund nur, soweit erforderlich, aktiv werden: Er kann zwar gemäss Art. 117c Abs. 3 BV am Markt tätig werden, doch ist dieses Handeln auf seine Zuständigkeiten im Bereich der Sicherstellung der Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern beschränkt. Es ist daher davon auszugehen, dass die Versorgung des Landes mit wichtigen medizinischen Gütern weiterhin in erster Linie durch die Privatwirtschaft erfolgen soll und dass die Möglichkeit des Bundes, als Anbieter von medizinischen Gütern aufzutreten, auf Situationen beschränkt bleibt, in denen die Privatwirtschaft die Versorgung nicht sicherstellen kann.

### Box 3: Staatlicher Handlungsrahmen in den Niederlanden

In den Niederlanden wurde im Nachgang zur COVID-Pandemie ein Schema eingeführt, das die Eingriffsmöglichkeiten des Staates an die versorgungskritische Relevanz des zugrundeliegenden fehlenden Arzneimittels knüpft. Die Arzneimittel werden anhand eines Farbschemas (rot, orange, gelb) eingeteilt und drohende Versorgungsengpässe lösen je nach Farbeinteilung unterschiedliche Massnahmen aus:

- Droht etwa das Fehlen von Arzneimittel der Kategorie «rot» – dabei handelt es sich um Arzneimittel, deren Fehlen innert kürzester Zeit zu irreversiblen Schäden führt –, können unter anderem zentralisierte Beschaffungsmassnahmen ausgelöst werden. Solche Arzneimittel unterliegen ausserdem einer strengen Vorratspflicht.
- Bei Arzneimittel der Kategorie «orange» ist hingegen lediglich eine frühere Engpassmeldepflicht vorgesehen. Bei tatsächlichen Engpässen wird eine national koordinierte Substitutionsstrategie ausgelöst.
- Arzneimittel der Kategorie «gelb» werden zwar ebenfalls überwacht, ein Engpass löst aber kein direktes staatliches Handeln aus.<sup>22</sup>

## 4.4 Herleitung Regulierungsszenarien

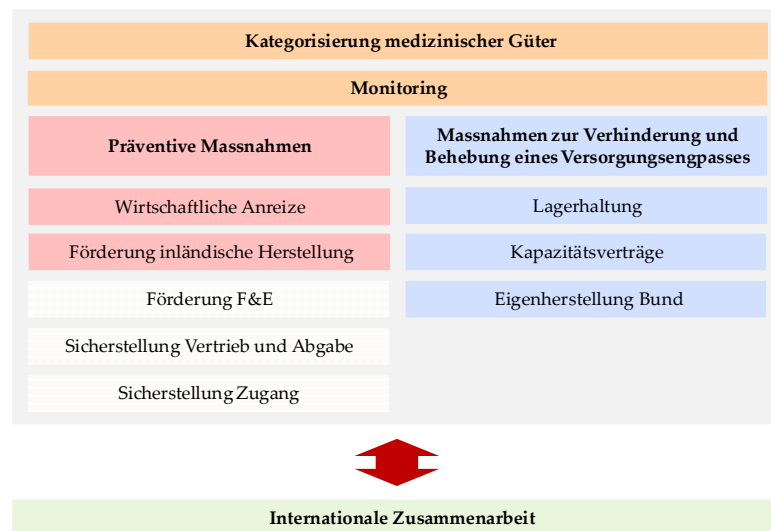
Im vorangehenden Abschnitt wurden die im Rahmen der Volksinitiative und des direkten Gegenentwurfs vorgesehenen Bundeskompetenzen beschrieben. Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Vorlagen herzustellen, werden diese Kompetenzbereiche nachfolgend in eine allgemeine Massnahmensystematik überführt. Dadurch lassen sich die Auswirkungen der beiden Vorlagen im Vergleich zum Referenzszenario (Status quo) anhand von konkreten Massnahmen beurteilen, die bei Umsetzung der jeweiligen Vorlage tatsächlich ergriffen werden könnten.

Die verwendete Massnahmensystematik unterscheidet fünf Hauptkategorien (vgl. Abbildung 6). Zur Identifikation möglicher Massnahmen im Rahmen der beiden Vorlagen wurden verschiedene Quellen herangezogen, insbesondere der erläuternde Bericht des Bundesrats zum direkten Gegenentwurf sowie der Schlussbericht des BAG betreffend

<sup>22</sup> Vgl. hierzu [Kritieke Geneesmiddelen Rapportage Met Toelichting](#) [22.10.2025].

Umsetzungsvorschläge zu den Massnahmen des BAG-Berichts Arzneimittelversorgungsengpässe aus dem Jahr 2024.<sup>23</sup> Ergänzend wurden die Stakeholder im Rahmen der Interviews zu potenziell denkbaren Massnahmen befragt.

**Abbildung 6: Massnahmensystematik**



Quelle: Eigene Darstellung

#### 4.4.1 Kategorisierung medizinischer Güter

##### Volksinitiative und direkter Gegenentwurf

Wie in Abschnitt 4.3.2 beschrieben, wird davon ausgegangen, dass sowohl die Volksinitiative als auch der direkte Gegenentwurf dem Bund die Möglichkeit eröffnen, eine ganzheitliche Kategorisierung medizinischer Güter entlang ihrer Relevanz für die Versorgungssicherheit zu entwickeln. Eine solche Systematik würde wohl eine Einteilung in verschiedene Risikostufen bedingen und damit die Grundlage für eine gezielte Steuerung von Massnahmen zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit schaffen.

Ein zentraler Bestandteil dieser Systematik ist die Einteilung aller wichtigen medizinischen Güter im Human- und Veterinärbereich in Risikoklassen. Dabei werden verschiedene Kriterien berücksichtigt, unter anderem die Versorgungsrelevanz, die Substituierbarkeit, die benötigten Mengen zur Versorgung der Bevölkerung sowie die Resilienz der jeweiligen Lieferketten. Eine Risikoklassifizierung bildet sodann die Grundlage für die Festlegung geeigneter Massnahmen zur Sicherstellung der Verfügbarkeit medizinischer Güter und bestimmt somit wesentlich den Umfang der nachfolgenden Arbeiten, Prozesse und Kosten. Für die Kategorisierung sind zudem die erforderlichen Verfahren festzulegen und entsprechende Fach- und Entscheidungsgremien einzurichten.

<sup>23</sup> Vgl. [Umsetzungsvorschläge zu den Massnahmen des BAG-Berichts Arzneimittelversorgungsengpässe - Schlussbericht 2024 der Interdisziplinären Arbeitsgruppe](#) [18.11.2025].

## Referenzszenario

In der Schweiz besteht derzeit keine allgemeingültige systematische Kategorisierung wichtiger medizinischer Güter. Im LVG und EpG werden verschiedene Begriffe definiert und deren Auslegung auf Verordnungsstufe weiter spezifiziert (vgl. Abschnitt 2.6). Allerdings ergibt sich aus diesen Grundlagen keine einheitliche Risikoklassifizierung, die Arzneimittel, Tierarzneimittel, Medizinprodukte und andere medizinische Güter umfasst. Im Referenzszenario dürfte dies so bestehen bleiben.

### 4.4.2 Monitoring

#### Volksinitiative und direkter Gegenentwurf

Im Gegenentwurf wird ein verpflichtender Auftrag an den Bundesrat formuliert, die Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern zu überwachen. Auch aus der Volksinitiative lässt sich mutmasslich eine Bundeskompetenz zur Überwachung der Versorgungslage ableiten. Das Ziel besteht darin, eine belastbare Informationsgrundlage für die Entwicklung robuster struktureller Massnahmen zu schaffen und Engpässe vorausschauend und antizipativ zu bewältigen.<sup>24</sup> Zudem sollen weitere medizinisch relevante Güter – einschliesslich Tierarzneimittel – definiert und überwacht werden. Im Vergleich zum Referenzszenario würde die Monitoringtätigkeit des Bundes also in beiden Vorlagen grundlegend ausgebaut. Für jedes medizinische Gut würden zusätzliche Daten erhoben und die Menge der zu erfassenden Güter würde voraussichtlich erheblich ausgeweitet. Im Resultat könnte eine proaktive Marktüberwachung entstehen.

#### Referenzszenario

Der Bundesrat hat die WL bereits an seiner Sitzung vom 31. Januar 2024 beauftragt, ihre Heilmittelpattform in den kommenden Jahren zu einem leistungsfähigen und zukunftsorientierten Monitoringsystem auszubauen. Überdies ist dem Jahresbericht 2023/2024 der WL zu entnehmen, dass das BWL die Liste der meldepflichtigen Wirkstoffe jüngst um 60 Prozent auf 320 Wirkstoffe erweitert hat. Daher ist auch im Referenzszenario nicht auszuschliessen, dass das BWL die Meldepflicht der vorherrschenden Versorgungslage im Rahmen des LVG erneut anpassen könnte.

### 4.4.3 Massnahmen zur Verhinderung von Versorgungsengpässen

#### Volksinitiative und direkter Gegenentwurf

Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass Volksinitiative und direkter Gegenentwurf mit einer Ausweitung der heutigen **Pflichtlagerhaltung** auf zusätzliche wichtige

---

<sup>24</sup> Vgl. auch den [erläuternden Bericht zum direkten Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit](#) vom 20. Juni 2025 [18.11.2025].

medizinische Güter sowie deren Ausgangsmaterialien<sup>25</sup> einhergehen würde. Wie stark diese ausgedehnt werden müsste, ist von der Definition der wichtigen medizinischen Güter abhängig. In den Stakeholderinterviews wurde mehrfach betont, dass ein starker Ausbau der Pflichtlagerhaltung voraussichtlich auch eine Anpassung der Finanzierungsmechanismen erfordern würde.

Bei der Volksinitiative und dem direkten Gegenentwurf kann der Bund zudem bei Versorgungsengpässen als Marktakteur auftreten. Basierend auf früheren Evaluationen des Bundes, der Literaturrecherche zu Massnahmen im Ausland und den Stakeholderinterviews können dabei grundsätzlich zwei konkrete Massnahmenkategorien identifiziert werden:

- **Staatliche Beschaffung:** Dem erläuternden Bericht zum direkten Gegenentwurf ist zu entnehmen, dass die in Art. 117c Abs. 3 BV vorgesehene Kompetenz es dem Bund ermöglichen soll, wichtige medizinische Güter selbst zu beschaffen. Insbesondere könnte der Bund Kapazitätsverträge mit Herstellerinnen abzuschliessen. Diese sichern Produktionskapazitäten bei Arzneimittelherstellern und gegebenenfalls auch bei Produzenten von Vorprodukten. Im Bedarfsfall kann der Bund diese Kapazitäten abrufen und so die Herstellung und der Bezug der vereinbarten Arzneimittel auslösen.
- **Staatliche Herstellung:** Sowohl im Szenario des direkten Gegenentwurfs als auch bei der Volksinitiative kommt eine staatliche Herstellung von medizinischen Gütern nur in Ausnahmefällen in Frage, nämlich wenn die Privatwirtschaft die Versorgung nicht gewährleisten kann. Die bisherigen Analysen des Bundes legen nahe, dass die Armeeapotheke derzeit am besten für eine allfällige Eigenherstellung geeignet wäre: Auf Bundesebene besitzt aktuell nur die Armeeapotheke die Bewilligungen, Infrastruktur und das Know-how für die Herstellung bzw. das Handling von Arzneimitteln.<sup>26</sup> Sie könnte entsprechend in Mangellagen als Zulassungsinhaberin oder Formula-/Lohnherstellerin agieren. Eine forcierte Eigenherstellung würde allerdings ein starker Ausbau der Armeeapotheke oder ein Aufbau dezidierter Produktionsanlagen bedingen. So bestehen aktuell keine Kapazitäten im Bereich aseptisch hergestellter Formulierungen, Produktionen mit hochaktiven/allergisierenden Wirkstoffen oder biologischen Produkten. Auch ist die Armeeapotheke nicht in die bestehenden Distributionskanäle der Privatwirtschaft integriert.

---

<sup>25</sup> Die Ausgangsmaterialien werden nur im Initiativtext erwähnt. Da jedoch der Bund gemäss Referenzszenario heute bereits über die Möglichkeit verfügt, über Anpassungen des Pflichtlagerbestandes zu verfügen, kann dies auch für den direkten Gegenentwurf angenommen werden (BAG, 2024).

<sup>26</sup> Die Armeeapotheke produziert bereits heute verschiedene Medikamente (BAG, 2024). Dazu gehören zum Beispiel Atropin-Injektionslösungen (zur Notfallbehandlung bei Vergiftungen), Calcium-Gele für chemische Verletzungen oder Kochsalzlösungen für Infusionen. Zudem entwickelt oder testet sie derzeit weitere Medikamente, etwa Antibiotika wie Gentamicin, Schmerz- und Narkosemittel wie Ketamin, Morphin oder Metamizol, sowie Adrenalin-Injektionslösungen für Notfälle. Auch Infusionslösungen (z.B. Ringerlactat) und Tabletten wie Paracetamol oder Doxycyclin können bei Bedarf hergestellt werden.

## Referenzszenario

Das BWL prüft periodisch die Liste der lagerpflichtigen Arzneimittel. So ist dem Jahresbericht 2023/2024 beispielsweise zu entnehmen, dass das BWL die Liste der lagerpflichtigen Wirkstoffe jüngst um 25 Prozent auf 120 Wirkstoffe erweitert hat. Anpassung des Pflichtlagerbestands aufgrund Veränderungen der Versorgungslage sind also bereits im bestehenden Rechtsrahmen möglich.

Im Referenzszenario wird zudem davon ausgegangen, dass keine Kapazitätsverträge umgesetzt werden, ausser bei übertragbaren Krankheiten im Rahmen des EpG, wo bereits heute eine solche Bundeskompetenz besteht.<sup>27</sup> Auch hat der Fachbereich Heilmittel der WL derzeit keine Massnahmen zur Beschaffung und Eigenherstellung durch den Bund vorbereitet.<sup>28</sup> Anzunehmen ist jedoch, dass im Notfall teilweise auf bestehende Herstellungsmöglichkeiten in Spitalsapotheken sowie gegebenenfalls auf universitäre Einrichtungen zurückgegriffen werden könnte. Diese verfügen über begrenzte, aber kurzfristig aktivierbare Kapazitäten zur Herstellung einfacher galenischer Formen und könnten in akuten Versorgungslagen punktuell genutzt werden (BAG, 2022).

### 4.4.4 Präventive Massnahmen

#### Volksinitiative und direkter Gegenentwurf

Beide Vorlagen schaffen die Voraussetzungen, um **regulatorische Massnahmen** und solche, die **wirtschaftliche Anreize** setzen, zu ergreifen. Denkbar sind etwa vereinfachte Zulassungsverfahren, Preiserhöhungen sowie Marktprämien oder Zuschläge für besonders versorgungsrelevante Produkte. Solche Massnahmen können teilweise bereits heute im Rahmen der bestehenden Bundeskompetenz umgesetzt werden und sind entsprechend Teil des Referenzszenarios (vgl. unten).

Möglich wäre überdies auch, dass der Bund – gemäss erläuterndem Bericht zum direkten Gegenentwurf – Versorgungskriterien definiert, deren Einhaltung durch finanzielle Anreize belohnt werden, beispielsweise diversifizierte Lieferketten oder Notfallproduktionskapazitäten. Schliesslich könnte in beiden Szenarien die inländische Herstellung auch direkte gefördert werden, etwa in Form einer Subventionierung von Produktionskapazitäten für bestimmte wichtige medizinische Güter. Solche Massnahmen werden bereits in verschiedenen Ländern im angrenzenden Ausland diskutiert und teilweise auch umgesetzt (vgl. auch Anhang A.3).

#### Zusätzliche Massnahme im Szenario Volksinitiative

Die Volksinitiative sieht zusätzlich zum direkten Gegenentwurf eine Bundeskompetenz zur **Förderung von F&E** im Bereich wichtiger Heilmittel vor. Der Bund fördert jedoch

---

<sup>27</sup> Der Bund hat z.B. bereits Kapazitätsvertrag für einen Influenza-Impfstoff als Bewältigungsmassnahme bei einer Grippe-Pandemie abgeschlossen (BAG, 2024).

<sup>28</sup> Vgl. [Massnahmen](#) [22.10.2025].

bereits heute mit verschiedenen Massnahmen die Grundlagenforschung und Innovation. Diese Tätigkeiten sind allerdings sektoragnostisch. Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass der Bund bei Umsetzung der Volksinitiative weitere sektorspezifische Fördermassnahmen ergreifen würde, etwa in Form von zusätzlichen Forschungsmitteln.

Die Volksinitiative sieht zudem eine Bundeskompetenz zur Sicherstellung eines raschen Zugangs für Patientinnen und Patienten zu wichtigen Heilmitteln vor. Im Arzneimittelbereich verfügt der Bund bzw. Swissmedic jedoch bereits heute über weitreichende Zuständigkeiten bei der **Zulassung und Vergütung** innovativer Arzneimittel (vgl. auch Abschnitt 4.3.1). Entsprechend ist prima vista nicht ersichtlich, inwiefern bei einer Annahme Volksinitiative zusätzliche Massnahmen ergriffen werden könnten, die über das Referenzszenario hinausgehen.

Überdies sieht die Volksinitiative eine Kompetenz des Bundes zur **Sicherstellung des Vertriebs und der dezentralen Abgabe** von wichtigen medizinischen Gütern vor. Vergangene Evaluationen haben in diesem Bereich jedoch keine spezifischen Massnahmen identifiziert, die ergriffen werden könnten, und auch der Initiativtext nennt keine konkreten Beispiele. Zu erwarten wären aber, dass Massnahmen im Bereich der Vertriebsstruktur bzw. der regulatorischen Rahmenbedingungen mit einer Abgeltung allfälliger Mehrkosten der betroffenen Akteure einhergehen würden. Primär dürfte dabei der sogenannte Vertriebsanteil betroffen sein – also jener Anteil des vom Bund festgelegten Publikumspreises, der die logistischen und vertriebsbezogenen Kosten abbildet.

### Referenzszenario

Im Bereich **Zulassung und Vergütung** hat der Bund verschiedene regulatorische Massnahmen beschlossen, die in Bezug auf die Förderung der Versorgungssicherheit von Arzneimitteln relevant sind:

- **Vereinfachte Zulassungsverfahren** durch Swissmedic für bestimmte Arzneimittel;
- Möglichkeiten des **Verzichts auf die strenge WZW-Überprüfung** (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) zur raschen Preisfestsetzung;
- sowie **Gesuche um Preiserhöhungen**, um Marktrückzügen aufgrund mangelnder Rentabilität vorzubeugen.

Diese Instrumente betreffen jedoch primär die Preisgestaltung und die administrative Effizienz, nicht aber die strukturelle Sicherstellung der Versorgung. Wirtschaftliche Anreize oder direkte Fördermassnahmen sind im bestehenden System – und entsprechend im Referenzszenario – nicht vorgesehen. Solche Eingriffe liegen ausserhalb der Bundeskompetenzen und wurden auch auf kantonaler Ebene bislang nicht etabliert.

In Bezug auf die **Förderung von F&E** wird im Referenzszenario von einer Weiterführung der bestehenden Forschungsförderung durch den Bund ausgegangen. Diese erfolgt im Bereich der Grundlagenforschung insbesondere über den Schweizerischen Nationalfonds (SNF) sowie über die Hochschulförderung und -koordination gemäss HFKG, mit welcher der Bund Qualität, Wettbewerbsfähigkeit und Zusammenarbeit im Hochschulbereich

sicherstellt. Gestützt auf das Forschungs- und Innovationsförderungsgesetz (FIFG) unterstützt der Bund zudem Projekte mit Innovationsbezug. Diese Förderinstrumente sind jedoch nicht sektorspezifisch; sie zielen auf die allgemeine Stärkung des Forschungs- und Innovationsstandorts Schweiz und enthalten keine speziellen Massnahmen zur Verbesserung der Versorgungssicherheit mit medizinischen Gütern. Die laufende Teilrevision des EpG sieht hingegen sektorspezifische Fördermassnahmen vor, insbesondere zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. So soll F&E gefördert werden, um die Verfügbarkeit von Antibiotika in der Schweiz langfristig zu sichern.

Im Referenzszenario und beim direkten Gegenentwurf liegt die Ausgestaltung von **Vertrieb und Abgabe** weiterhin primär im Zuständigkeitsbereich der Privaten und der Kantone. Aufgrund der dezentral organisierten Gesundheitsversorgung unterscheiden sich die kantonalen Prozesse dabei. Gleichzeitig haben die Kantone bisher keine konkreten Vorkehrungen zur systematischen Bewältigung nationaler oder global bedingter Versorgungsstörungen getroffen und entsprechend weder Vorgehensweisen definiert noch Mittel hierfür vorgehalten (BAG, 2022).

Auf Bundesebene werden zudem aktuell sogenannte «Out of Stock»-Gesuche geschaffen, die es erlauben, bei einem Lieferengpass für einen befristeten Zeitraum identische Präparate in ausländischer Aufmachung zu importieren.<sup>29</sup> Steht ein in der Schweiz zugelassenes, therapeutisch wichtiges Arzneimittel auf Grund einer Lieferstörung nicht zur Verfügung, kann durch die ZulassungsinhaberIn gestützt auf das HMG ein Gesuch um befristetes Inverkehrbringen des identischen Präparates (qualitative und quantitative Zusammensetzung) in ausländischer Aufmachung gestellt werden.

#### 4.4.5 Internationale Zusammenarbeit

Hinsichtlich der internationalen Zusammenarbeit gibt es zwischen den drei Szenarien – Referenzszenario, direkter Gegenentwurf und Volksinitiative – keine grundlegenden Unterschiede. Der Bund engagiert sich bereits heute im Rahmen seiner Kompetenzen (Art. 54 BV) aktiv auf der internationalen Ebene, etwa in der OECD, der World Health Organization (WHO), der World Trade Organization (WTO) oder seit 2025 in der Critical Medicines Alliance (CMA). Gemäss Stakeholderaussagen würde die Schaffung eines expliziten Handlungsauftrags der internationalen Zusammenarbeit zur Verbesserung der Versorgungssicherheit zusätzliches Gewicht verleihen.

### 4.5 Fazit

In diesem Kapitel wurden drei Szenarien (Referenzszenario, Volksinitiative und direkter Gegenentwurf) beschrieben. Insgesamt ergibt sich, dass der direkte Gegenentwurf – im Vergleich zur Volksinitiative – hinsichtlich des Umfangs der vorgesehenen Bundeskompetenz ein zielgerichteteres Szenario darstellt. Dies insbesondere, weil dem Bund im Szenario

---

<sup>29</sup> Vgl. [Out-of-Stock](#) [22.10.2025].

«Volksinitiative» Kompetenzen auf den Wertschöpfungsstufen F&E sowie Vertrieb und Abgabe zugeschrieben werden, die prima vista keinen direkten Bezug zur Versorgungssicherheit haben.

Zudem wurde in allen drei Szenarien ein möglichst konkreter Massnahmenkatalog spezifiziert, der innerhalb des jeweiligen verfassungs- und gesetzesrechtlichen Rahmens umgesetzt werden könnte. Der Umfang der Massnahmen in den Szenarien «Volksinitiative» und «direkter Gegenentwurf» ist dabei heute noch nicht geklärt.

## 5 Prüfpunkt 3: Auswirkungen auf die Stakeholder

In diesem Prüfpunkt werden die Auswirkungen der einzelnen Massnahmen, die sich aus dem direkten Gegenentwurf und der Volksinitiative ableiten lassen (vgl. Prüfpunkt 2), auf die relevanten gesellschaftlichen Gruppen untersucht; es sind somit nicht die gesamtwirtschaftlichen, sondern die spezifischen Auswirkungen auf die einzelnen Stakeholder von Interesse. Zudem werden, sofern möglich, grobe Schätzungen der jeweiligen Kostenfolgen vorgenommen. Zur Abschätzung der Auswirkungen wird auf den durchgeführten Interviews abgestützt, wobei teilweise auch ergänzende Überlegungen und Dokumentationen in die Analyse einfließen.

### 5.1 Identifikation der betroffenen Stakeholder

Die betroffenen Stakeholder werden entlang der in Abbildung 1 dargestellten Wertschöpfungskette identifiziert. Es ergeben sich die folgenden Kategorien:

- **Herstellende im Gesundheitswesen:** Unternehmen, die entweder Heilmittel oder andere wichtige medizinischen Güter erforschen, entwickeln oder herstellen.
- **Pharmagrosshandel:** Auf den Vertrieb von Arzneimittel spezialisierte Unternehmen. Diese sind auf der letzten Stufe der Wertschöpfungskette vor der eigentlichen Arzneimittelabgabe oder der Nutzung des medizinischen Gutes zu verorten.
- **Abgabekanälen von Arzneimitteln:** Apotheken, Drogerien, SD-Arztpraxen sowie Spitalapotheken und Tierärzte; hier geht es um die effektive Abgabe, separiert von einer allfälligen Verschreibung der Arzneimittel.
- **Leistungserbringende im Gesundheitssystem:** Ärztinnen, Pflegende oder weitere Unternehmen oder Personen, die im Gesundheitssystem ausserhalb der Abgabe von Arzneimitteln Leistungen erbringen.
- **Patienteninnen und Patienten:** Es sind die Patientinnen und Patienten, welche die gesundheitlichen Folgen einer guten oder schlechten Versorgung mit Heilmitteln und anderen medizinischen Gütern zu tragen haben.
- **Versicherungen:** Unternehmen, welche die Heilmittel oder anderen medizinischen Gütern – sofern vertraglich so geregelt – vergüten.
- **Kantone:** Die Kantone stellen eigenständige politische Verwaltungseinheiten dar. Aus übergeordneter Sicht können sie deshalb als eine eigene, vom Bund losgelöste Stakeholdergruppe, verstanden werden.

Zur Bewertung der Wirkungen der geplanten Vorlagen wird nachfolgend auf qualitative Aussagen der einzelnen Stakeholder abgestützt.<sup>30</sup> Die Bewertung erfolgt namentlich anhand der folgenden Kriterien:

---

<sup>30</sup> Vgl. hierzu SECO (2024).

- **Betroffene Stakeholder:** Welche Stakeholder sind von den jeweiligen Massnahmen direkt betroffen?
- **Beitrag zur Versorgungssicherheit:** Wie sind die einzelnen Stakeholder in der Gewährleistung der heutigen Versorgungssicherheit involviert? Inwiefern würde sich dies bei Annahme einer der beiden Vorlagen ändern?
- **Kosten:** Welche Kosten tragen die Stakeholder heute (zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit oder aufgrund auftretender Lieferstörungen)? Was würde sich an diesen Kosten ändern, falls eine der beiden Vorlagen angenommen würde? Sind in den Szenarien auch Kosteneinsparungen möglich?
- **Wirkungen auf die Versorgungssicherheit:** Wie verändert sich aus Sicht der Stakeholder die Versorgungssicherheit, wenn eine der Vorlagen angenommen würde?
- **Gegenüberstellung Volksinitiative und direkter Gegenentwurf:** Präferieren die einzelnen Stakeholder die Massnahmen des direkten Gegenentwurfs, der Volksinitiative oder werden neue Massnahmen als unnötig empfunden?

## 5.2 Szenarioübergreifende Massnahmen

Da zwischen den möglichen Massnahmen in den Szenarien Volksinitiative und direkter Gegenentwurfs Überschneidungen bestehen, werden in diesem Abschnitt zunächst die gemeinsamen Handlungsfelder untersucht. Die abgeleiteten Ergebnisse und Schlussfolgerungen sind folglich für beide Szenarien gültig. Massnahmen, die nur im Falle einer Annahme der Volksinitiative ergriffen werden könnten, werden in Abschnitt 5.3 vertieft analysiert.

### 5.2.1 Kategorisierung medizinischer Güter

#### Kernaussagen aus den Stakeholderinterviews

- Heute treten Lieferstörungen typischerweise bei spezifischen Kategorien von Arzneimitteln auf (z.B. pädiatrische Heilmittel oder Antiepileptika). Nicht alle verschreibungspflichtigen Arzneimittel sind versorgungsrelevant.
- Eine Aufnahme spezifischer Kriterien zur Ausarbeitung der Kategorisierung, wie etwa die nicht vorhandene Substituierbarkeit (Alternativlosigkeit), wäre – in Kombination mit weiteren Massnahmen – der Versorgungssicherheit zuträglich.
- Eine Kategorisierung ist nicht trivial und müsste auch Ausgangsmaterialien umfassen, was besonders bei Medizinprodukten eine Vielzahl an Produkten beinhalten würde.

#### Auswirkungen

Die Kategorisierung medizinischer Güter hat auf die Stakeholder an sich keine direkten Auswirkungen; diese entstehen erst in Kombination mit weiteren Massnahmen. Trotzdem ist bereits hier auf die Wichtigkeit der Kategorisierung aus Sicht der Stakeholder hinzuweisen. Eines der wichtigsten Kriterien zur Kategorisierung ist gemäss den Expertinnen und

Experten die Alternativlosigkeit eines medizinischen Gutes. Auswirkungen wären somit am ehesten zu erwarten, wenn im Falle eines drohenden Versorgungsengpasses für medizinische Gütern mit komplizierter oder unmöglicher Substitution frühzeitig Massnahmen ergriffen werden können.

Direkte Auswirkungen hat die Kategorisierung medizinischer Güter einzig auf den **Bund bzw. die zuständigen Ämter**. Andere Stakeholder sind nicht betroffen – der Bund wird mit der Erstellung und Pflege dieser Kategorisierung beauftragt.

### **Kostenfolgen**

Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Pflichtlagerhaltung hat der Bund in der Vergangenheit die Kosten für ein teilautomatisiertes System zur Risikokategorisierung von Arzneimitteln geschätzt (BAG, 2024). Demnach würden die einmaligen Aufbaukosten eines solchen Systems bei CHF 0.55 bis 2.5 Mio. liegen. Eine Ausweitung der Kategorisierung auf alle wichtigen medizinischen Güter – einschliesslich Medizinprodukte und andere medizinische Güter – wäre aufgrund der erheblich grösseren Zahl der zu erfassenden Produkte wohl mit deutlichem Mehraufwand verbunden. Geht man von rund 500'000 Medizinprodukten und weiteren wichtigen medizinischen Gütern aus, müsste eine ganzheitliche Kategorisierung etwa 42-Mal mehr Produkte berücksichtigen als eine ausschliesslich auf Humanarzneimittel beschränkte Lösung. Darüber hinaus würde, je nach Ausgestaltung der Kategorisierung, die Einbindung zusätzlicher Datenquellen sowie die Mitarbeit weiterer Fachstellen und Expertengremien erforderlich. Genaue Kostenschätzungen sind zum jetzigen Zeitpunkt daher schwierig. Aber, selbst bei Annahme eines hohen Fixkostenanteils von rund 80 Prozent, ergäbe sich bei einer linearen Skalierung der erwähnten Kostenschätzung entlang der neu zu bewertenden Gütern ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf von schätzungsweise CHF 5 bis 20 Mio.

Auch die fortlaufende Pflege der Risikoklassifizierung nach deren initialen Erstellung dürfte mit Kosten verbunden sein. Hierfür müsste allenfalls ein neues Fachgremium eingerichtet werden, um eine regelmässige Aktualisierung und fachliche Validierung sicherzustellen. Bei einem personellen Aufwand von rund 5 bis 10 Vollzeitäquivalenten (FTE) und unter Annahme von Vollkosten von etwa CHF 0.18 Mio. pro FTE und Jahr wäre mit zusätzlichen jährlichen Kosten von CHF 0.9 bis 1.8 Mio. zu rechnen.

### **Entwicklung im Referenzszenario**

Wie in Abschnitt 4.4.1 erläutert, wird im Referenzszenario davon ausgegangen, dass keine Überarbeitung der heutigen Systematik erfolgt. Somit werden Spezifizierungen weiterhin gemäss LVG und EpG auf Verordnungsstufe vorgenommen, eine einheitliche Kategorisierung medizinischer Güter könnte höchstens eingeschränkt eingeführt werden.

## 5.2.2 Monitoring

### Kernaussagen aus den Stakeholderinterviews

- Heute werden Lieferstörungen erst spät erkannt. Mit einem umfassenden Monitoring könnte sichergestellt werden, dass sich abzeichnende Lieferengpässe frühzeitig erkannt und entsprechende Mitigationsmassnahmen (privat oder behördlich) eingeleitet werden.
- Je nach Ausgestaltung wäre ein Monitoring mit substantziellen Kosten verbunden.

### Auswirkungen

Ein verbessertes bzw. erweitertes Monitoringsystem hätte hauptsächlich Auswirkungen auf den Zeitpunkt der Erkennung von Lieferstörungen. Störungen würden dadurch nicht mehr erst von den Abgabestellen oder Leistungserbringenden festgestellt – so wie dies gemäss Stakeholderaussagen heute häufig vorkommt –, sondern bereits früher in der Lieferkette erkannt. Dies verhindert zwar das Eintreten eines Engpasses nicht unmittelbar, erlaubt aber eine frühzeitige Reaktion der betroffenen Akteure.

Insbesondere **Abgabestellen und Gesundheitsdienstleister** hätten neu eine Doppelrolle. Sie liefern einerseits Inputdaten zur Prognostizierung von Nachfragetrends und können zugleich auf aktuelle Marktdaten zugreifen, um bei Engpässen medizinischer Güter alternative Beschaffungswege zu prüfen und/oder etwaige Therapieumstellungen zu planen.

Die Bereitstellung der für ein solches Monitoring erforderlichen Informationen läge jedoch primär bei den **Herstellern von Heilmitteln und anderen wichtigen medizinischen Gütern**, sowie bei den **Grosshändlern**. Diese Unternehmen wären mit zusätzlichen administrativen Aufgaben konfrontiert und somit potenziellen Mehrkosten. Besonders im Bereich der Medizinprodukte, wo viele KMU tätig sind, könnte dies zu einer spürbaren Belastung führen. Es ist davon auszugehen, dass die Mehrkosten – sofern dies die Regulierung und der Wettbewerb zulässt – entlang der Wertschöpfungskette weitergegeben und sich letztlich in höheren Endpreisen niederschlagen würden. Zudem führt ein Monitoring allenfalls zur Offenlegung von wettbewerblich sensiblen Informationen, etwa betreffend Lagerbestände. Hier wäre deshalb auf eine kartellrechtlich unbedenkliche Ausgestaltung des Monitorings zu achten, um Wettbewerbsschädigungen vorzubeugen.

### Kostenfolgen

Im Vergleich zum aktuellen Monitoring der Meldestelle der WL ist mit zusätzlichen Kosten zu rechnen. Vermutlich würden beim **Bund** zusätzliche Personalressourcen notwendig. Wie hoch diese ausfallen müssten, hängt direkt davon ab, wie viele zusätzliche Heilmittel und andere wichtige medizinische Güter zu überwachen wären. Als grober Vergleichswert für die Kostenfolgen kann das Monitoring des niederländischen LCG herangezogen werden, das bereits proaktiv Marktdaten zu kritischen Arzneimitteln erhebt.

Gemäss Angaben des Ministerie van Financiën sind für dessen Finanzierung EUR 3.6 Mio. pro Jahr vorgesehen.<sup>31</sup> Unter der Annahme eines umfangsmässig vergleichbaren schweizerischen Monitoringsystem – mit einer zusätzlichen Überwachung von rund 5 bis 10 Prozent aller Medizinprodukte und weiteren wichtigen medizinischen Gütern (was ca. 25'000 bis 50'000 Produkten entspricht) –, ergibt sich bei einem Fixkostenanteil von 80 Prozent ein geschätzter jährlicher Betriebsaufwand von CHF 7 bis 10 Mio. Die einmaligen Kosten für Systementwicklung, Datenintegration und Strukturen zur kontinuierlichen Pflege dürften sich in einer ähnlichen Grössenordnung bewegen.

Die Kostenfolgen eines erweiterten und proaktiven Monitorings für die **meldepflichtigen Unternehmen** können aus heutiger Sicht nicht abschliessend quantifiziert werden. Grundsätzlich melden bereits heute viele Unternehmen bestehende oder drohende Engpässe und Lieferstörungen aktiv. Jedoch ist vorstellbar, dass der Datenbedarf eines neuen Monitoring-systems zu zusätzlichen Aufwänden führt, vor allem im Bereich der Medizinprodukte, wo aktuell kein Monitoring betrieben wird.

### Entwicklung im Referenzszenario

Das Monitoring von Lieferengpässen für lebenswichtige Arzneimittel erfolgt derzeit durch die Meldeplattform des BWL. Es wurde in den letzten Jahren digitalisiert, wovon man im Referenzszenario moderate Effizienzgewinne und Kosteneinsparungen für **Bund** und **meldepflichtige Unternehmen** erwartet.

## 5.2.3 Lagerhaltung

### Kernaussagen aus den Stakeholderinterviews

- Eine Ausweitung der Lagerhaltung kann der Versorgungssicherheit förderlich sein, da so auftretenden Engpässen kurzfristig entgegengewirkt werden kann – auch für nicht lebenswichtige Arzneimittel und andere medizinische Güter.
- Lagerhaltung ist mit Kosten verbunden; eine Ausweitung ist für die beteiligten Stakeholder mit Mehrkosten verbunden.
- An der grundlegenden Problematik der Entstehung von Versorgungsengpässen ändern Massnahmen im Bereich Lagerhaltung nichts.

### Auswirkungen

Wie in Abschnitt 4.4.3 beschrieben, gehen Massnahmen im Bereich der Lagerhaltung am ehesten mit einer Ausweitung der bestehenden Pflichtlagertätigkeit einher. Dies könnte eine Ausweitung auf zusätzliche Wirkstoffe, Präparate oder Darreichungsformen bedeuten, aber auch die Lagerung wichtiger Ausgangsmaterialien. Dies hätte unmittelbar Auswirkungen auf jene Akteure, die heute für die Lagerung sowie die Finanzierung der Pflichtlager verantwortlich sind – insbesondere auf die **Hersteller und Importeure von**

---

<sup>31</sup> Vgl. [Subsidieoverzicht](#) [27.10.2025].

**Heilmitteln** (Zulassungsinhaber). Die befragten Stakeholder erachten im Falle einer Ausweitung der Pflichtlagerhaltung eine nachhaltige Finanzierungsregelung, die die lagerpflichtigen Unternehmen gezielt entlastet, als zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung. Ohne entsprechende Massnahmen bestünde insbesondere im Bereich tiefpreisiger Arzneimittel das Risiko, dass sich Marktrückzüge häufen und die Attraktivität des Schweizer Marktes für ausländische Hersteller weiter abnimmt.

Sollten auf Basis einer neuen Risikoklassifizierung (vgl. Abschnitt 5.2.1) zusätzlich weitere medizinische Güter in die Pflichtlagerhaltung aufgenommen werden, wären künftig auch **Hersteller und Importeure von Medizinprodukten sowie anderer wichtiger medizinischer Güter** betroffen. Dies wäre mit erheblichen organisatorischen und finanziellen Herausforderungen verbunden. Angesichts der hohen Dichte an KMU in diesem Sektor dürfte eine einheitliche Umsetzung komplex sein und angepasste Finanzierungsregeln erfordern, um die wirtschaftliche Belastung einzelner Unternehmen tragbar zu gestalten.

Grundsätzlich wird von den befragten Stakeholdern allerdings die Auffassung vertreten, dass eine Ausweitung der Pflichtlagerhaltung einen Beitrag zur Reduktion von Lieferengpässen leisten kann, sofern sie nachhaltig finanziert ist. Die grundlegenden Ursachen, die zur Entstehung von Versorgungsengpässen führen, würden jedoch auch bei einer Ausweitung der Pflichtlagerhaltung auf eine breitere Auswahl medizinischer Güter nicht behoben.

### **Kostenfolgen**

Eine Schätzung der Kostenfolgen einer Ausweitung der Pflichtlagerhaltung kann aus den Kosten der bestehenden Pflichtlagerhaltung abgeleitet werden. Aktuell werden Pflichtlager für insgesamt 120 Wirkstoffe und einem Landesbedarf von 3 bis 4 Monaten unterhalten. Aufgrund vergangener Kostenschätzungen dürfte dieser Pflichtlagerumfang mit jährlichen Gesamtkosten von ca. CHF 2.75 Mio. verbunden sein (BAG, 2024). In der Vergangenheit wurden lediglich inkrementelle Erweiterungen der bestehenden Pflichtlagerhaltung diskutiert (BAG, 2022; BAG, 2024; EGV, 2025). Aus heutiger Sicht kann bei Annahme der Volksinitiative oder des direkten Gegenentwurfs aufgrund einer neuen Risikoklassifizierung, die zusätzlich Medizinprodukte und weitere medizinische Güter einbezieht, von einer substanziellen Erweiterung des Pflichtlagerkatalogs ausgegangen werden.

Da insbesondere im Bereich der Medizinprodukte zahlreiche KMU neu von einer Lagerpflicht betroffen wären, ist nicht mit Skaleneffekten zu rechnen. Unter Annahme einer Vergrößerung des Pflichtlagerkatalogs um den Faktor 2 bis 10 und eines linearen Kostenverlaufs ergäben sich zusätzliche laufende Kosten von CHF 3 bis 25 Mio. pro Jahr. Die einmaligen Kosten dürften demgegenüber gering ausfallen, da die Umsetzung weitgehend auf bestehende Infrastrukturen abgestützt werden kann (CHF 0 bis 5 Mio.). Die Kapitalkosten der Lagerhaltung sind dabei im Wesentlichen bereits in den laufenden Kosten enthalten. Inwiefern die Lagerung von Ausgangsmaterialien die Kosten beeinflusst, ist unklar. Müssen sie zusätzlich zu den lagerpflichtigen Endprodukten vorgehalten werden, ist mit Mehrkosten zu rechnen. Werden Ausgangsmaterialien hingegen anstelle der fertigen

Endprodukte gelagert, sind im Vergleich zur oben dargestellten Kostenschätzung auch Einsparungen möglich.

### Entwicklung im Referenzszenario

Wie bereits erwähnt (vgl. Abschnitt 4.4.3), wäre eine Ausweitung der Pflichtlagerhaltung auch ohne Verfassungsänderung grundsätzlich möglich. Dies allerdings nur im Rahmen des LVG und somit unter dem Titel der Verhinderung von schweren Schäden für die Volkswirtschaft. Eine umfangsmässige Ausweitung, wie sie mit einer erstmaligen Auslegung des Begriffs «wichtige medizinische Güter» und der damit verbundenen Risikoklassifizierung einherginge, ist deshalb im Referenzszenario a priori nicht möglich.

## 5.2.4 Staatliche Beschaffung

### Kernaussagen aus den Stakeholderinterviews

- Die Beschaffung von Produktionskapazitäten oder durch den Bund bestellte Auftragsherstellung kann aus Sicht der Stakeholder zu einer Verbesserung der Versorgungssicherheit führen – zumindest sofern sich diese auf bestehende Versorgungsengpässe beschränkt.
- Ausserhalb von Versorgungsengpässen wären Massnahmen in diesem Bereich ineffektiv und im schlimmsten Fall sogar kontraproduktiv.

### Auswirkungen

Im Bereich der staatlichen Beschaffung eröffnet sich dem Bund die Möglichkeit, selbst im Markt für Heilmittel und medizinische Güter aktiv zu werden. Insbesondere kann der **Bund als Marktteilnehmer** agieren und spezifische Produkte direkt von der Pharmaindustrie erwerben, um so gezielt die Versorgung in kritischen Situationen zu sichern, in der private Akteure die Versorgung nicht sicherstellen können. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass der Bund als Nachfrager wohl oft gleichermassen von Lieferproblemen betroffen sein dürfte, wie private Akteure.

Wie in Abschnitt 4.4.3 dargelegt, sind als weiteres Beschaffungsinstrument Kapazitätsverträge denkbar. Solche Vereinbarungen sind in der Regel jedoch mit erheblichen Kosten verbunden, da die Hersteller für die ungenutzten Kapazitäten entschädigt werden müssen. Vergangene Evaluationen des Bundes gingen daher von einem gezielten Einsatz von Kapazitätsverträge im Bereich der Impfstoffe aus (BAG, 2024). In welchem Umfang das Instrument im Nachgang zu einer allfälligen Verfassungsänderung sinnvoll eingesetzt werden könnte, ist aus heutiger Sicht somit noch weitgehend unklar.

Für die betroffenen **Hersteller bzw. Zulassungsinhaber** gehen die diskutierten Massnahmen wohl mit keinen negativen Auswirkungen einher, da sie marktgerecht abgegolten werden müssten, um entstehende Opportunitätskosten auszugleichen. Zudem dürften solche Vereinbarungen die Planungssicherheit bei den involvierten Herstellern erhöhen, da sie mittel- bis langfristig die Profitabilität ihrer Produktionskapazitäten absichern können.

## Kostenfolgen

Kapazitätsverträge verursachen für den Bund unterschiedliche Arten von Kosten: Einerseits entstehen aufgrund des Abschlusses eines Kapazitätsvertrags Kosten, wobei sich der Bund hiermit lediglich die Verfügbarkeit bestimmter Produktionskapazitäten sichert. Andererseits fallen bei Abruf von Kapazitäten im Falle eines Versorgungsengpasses Kosten für die entsprechenden medizinischen Güter an. Basierend auf bestehenden Fallbeispielen zu Pandemiebereitschaftsverträgen in Deutschland schätzt der Bund die jährlichen Kosten für die Absicherung von vier bis zehn Arzneimitteln auf CHF 2 bis 10 Mio. Die einmaligen Abschlusskosten wurden dabei auf CHF 0.15 bis 0.5 Mio. veranschlagt (BAG, 2024).

Eine breitere Anwendung von Kapazitätsverträgen würde die Kosten voraussichtlich erheblich erhöhen. Insbesondere ist davon auszugehen, dass sich bei einer Ausweitung des Instruments kaum Kosteneinsparungen realisieren lassen: Jede zusätzliche Vereinbarung erfordert die Reservierung spezifischer Produktionskapazitäten, die unabhängig voneinander vorgehalten werden müssen. Würden etwa für sämtliche Wirkstoffe, die gemäss der niederländischen LCG in die höchste Risikostufe fallen (ca. 150 Wirkstoffe) Kapazitätsverträge abgeschlossen, ergäben sich in Anlehnung an die obige Kostenschätzung laufende jährliche Zusatzkosten von rund CHF 150 Mio. Die einmaligen Abschlusskosten beliefen sich auf ca. CHF 7.5 Mio.

Die Kosten, die durch einen allfälligen Abruf von Kapazitäten entstehen, sind aus heutiger Sicht nur schwer abschätzbar. Zur Illustration der ungefähren Grössenordnungen kann das Beispiel des Wirkstoffs Paracetamol herangezogen werden. Dieser gilt typischerweise als kritischer Wirkstoff und ist aufgrund seines niedrigen Preises sowie seines patentabgelaufenen Status potenziell versorgungsgefährdet.<sup>32</sup> Gemäss Helsana (2024) war Paracetamol 2023 mit rund 5 Mio. Bezügen der am häufigsten abgegebene Wirkstoff und verursachte Gesamtkosten von etwa CHF 60 Mio. Unter der Annahme, dass die Herstell- bzw. Bezugskosten für den Bund während einer einjährigen Mangellage rund ein Drittel dieser Gesamtkosten betragen würden, lägen die jährlichen Beschaffungskosten bei rund CHF 20 Mio.

Auch die Kosten einer direkten Beschaffung ohne Kapazitätsvertrag lassen sich nur schwer abschätzen. Sie hängen im Wesentlichen davon ab, welche medizinischen Güter künftig von Versorgungsengpässen betroffen sein werden und in welchem Umfang diese auf dem internationalen Markt verfügbar sind. Im Bedarfsfall ist jedoch mit erheblichen Kosten zu rechnen, da der Bund bei einem Engpass – sofern das betreffende Gut überhaupt noch erhältlich ist – voraussichtlich eine knappheitsbedingte Prämie zahlen müsste.

## Entwicklung im Referenzszenario

Im Referenzszenario wird davon ausgegangen, dass nur im Rahmen des EpG – also im Bereich übertragbarer Krankheiten – Kapazitätsverträge abgeschlossen werden. Hier

---

<sup>32</sup> Paracetamol ist in der [Verordnung über die Meldestelle für lebenswichtige Humanarzneimittel](#) vom 28. Mai 2025 als meldepflichtiger Wirkstoff gelistet. Auch die [niederländische LCG](#) listet Paracetamol in der höchsten Risikokategorie [14.11.2025].

besteht bereits heute eine entsprechende Bundeskompetenz. Folglich ist auch im Referenzszenario von einer staatlichen Beschaffung wichtiger Heilmittel und medizinischer Güter – zumindest in Notlagen – auszugehen, wie dies die Beschaffung von Covid-19-Impfstoffen durch den Bund exemplarisch verdeutlicht.

### 5.2.5 Staatliche Herstellung

#### Kernaussagen aus den Stakeholderinterviews

- Die Herstellung von Heilmitteln und anderen medizinischen Gütern durch den Bund kann Engpässen grundsätzlich entgegenwirken. Eine Produktion durch die Armeeapotheke wäre hier am naheliegendsten.
- Die heutigen Herstellungskapazitäten des Bundes sind jedoch äusserst begrenzt – aus Personalsicht wie auch betreffend die Verfügbarkeit von Produktionsanlagen. Entsprechend müsste Milizpersonal durch die Armeeapotheke eingesetzt werden und es wäre überdies in neue Produktionsanlagen zu investieren.
- Sollte der Bund auch ausserhalb von Versorgungsengpässen Heilmittel und andere medizinische Güter herstellen dürfen, entsteht der Privatwirtschaft ohne Not staatliche Konkurrenz.

#### Auswirkungen

Sollte der Bund künftig Heilmittel oder andere medizinische Güter herstellen, würde den **privaten Hersteller und Zulassungsinhabern** potenziell staatliche Konkurrenz erwachsen. Der Bund wäre nicht mehr nur als Regulator und Beschaffer, sondern auch als aktiver Marktteilnehmer präsent; ein Schritt, der grundsätzliche Fragen zur Marktordnung und Wettbewerbsneutralität aufwerfen würde. Insgesamt wird eine staatliche Marktteilnahme dann von den befragten Stakeholdern auch überwiegend abgelehnt.

Grundsätzlich ist im Bereich der staatlichen Herstellung zwischen zwei unterschiedlichen Ansätzen zu unterscheiden: So könnte, wie bereits in Abschnitt 4.4.3 dargelegt, im Falle einer moderaten Ausdehnung der staatlichen Produktionsmöglichkeiten auf die Einrichtung der **Armeeapotheke** zurückgegriffen werden (BAG, 2024). Dies würde jedoch voraussichtlich bedingen, dass auf Milizpersonal zurückgegriffen wird, das aktuell in Apotheken, Produktionsbetrieben oder anderen Bereichen des Gesundheitswesens tätig ist. Ein Personalabzug aus der Privatwirtschaft könnte wiederum zu Engpässen bei den betroffenen **privaten Herstellern, Apotheken und Leistungserbringern** führen. Eine staatliche Herstellung komplexer Wirkstoffe zur Deckung des gesamten Landesbedarfs im Falle eines Versorgungsengpasses liesse sich hingegen nicht mit einem Ausbau der Armeeapotheke realisieren. Ein solches Vorhaben würde vielmehr den Aufbau oder Erwerb eigener Produktionsanlagen durch **den Bund** erfordern.

## Kostenfolgen

Der **Bund** schätzt die Kosten der Eigenherstellung durch die Armeepothek als überschaubar ein (BAG, 2024). So wäre der Aufbau von Herstellungskapazitäten im Rahmen der bestehenden Kompetenzen mit eher geringem Aufwand verbunden, während der laufende Betrieb jährlich rund CHF 0.5 bis 2 Mio. beanspruchen würde. Hinzu kämen Kosten, die gegenwärtig schwer abschätzbar sind, beispielsweise Entschädigungen im Rahmen der Erwerbersatzordnung (EO) für eingesetztes Milizpersonal oder auch indirekte Kosten für die betroffenen Arbeitgeber im Gesundheitswesen bzw. in der pharmazeutischen Industrie, bei denen dieses Personal vorübergehend fehlen würde.

Eine staatliche Herstellung von komplexen Wirkstoffen würde hingegen den Bau oder Erwerb spezialisierter Produktionsanlagen erfordern. Damit wären einerseits erhebliche Investitionen in Infrastruktur, Technologie und Qualitätsmanagementsysteme verbunden, andererseits entstünden laufende Betriebskosten für Personal, Validierung, Instandhaltung, regulatorische Aufsicht etc. Die einmaligen Investitionskosten solcher Anlagen liegen typischerweise zwischen CHF 200 und 500 Mio. (BAG, 2024). Die jährlichen Betriebskosten belaufen sich demgegenüber auf CHF 20 bis 30 Mio. pro Anlage. So schätzte «fDi Intelligence» (2023) die Betriebskosten für eine repräsentative Pharma-/Biotech-Produktionsstätte im Raum Basel im Jahr 2021 auf CHF 26.1 Mio. Angenommen, der Bund errichtet für ein bis drei besonders kritische Wirkstoffe eigene Produktionsanlagen, würden daraus einmalige Investitionen von rund CHF 600 bis 1'500 Mio. sowie laufende jährliche Betriebskosten von CHF 60 bis 90 Mio. resultieren.

## Entwicklung im Referenzszenario

Im Referenzszenario ist nicht davon auszugehen, dass der Bund eigene Produktionskapazitäten für Arzneimittel aufbaut. Entsprechend werden – wie bereits heute – keine Massnahmen durch die WL vorbereitet (vgl. Abschnitt 4.4.3) und es entstehen auch keine neuen Kosten.

### 5.2.6 Wirtschaftliche Anreize

#### Kernaussagen aus den Stakeholderinterviews

- Gezielte wirtschaftliche Anreize zur Erfüllung der Versorgungssicherheit zuträglicher Kriterien können diese stärken.

#### Auswirkungen

Die Auswirkungen wirtschaftlicher Anreize zur Verbesserung der Versorgungssicherheit hängen im Wesentlichen von drei Faktoren ab:

- **Art des Kriteriums:** Welcher messbare Indikator dient als Grundlage für die Bewertung der Versorgungssicherheit?
- **Ausgestaltung des Anreizes:** Erfolgt die Steuerung über einen Bonus (Belohnung) oder über einen Malus (Bestrafung)?

- **Wirksamkeit der Massnahme:** Führt die eingeführte Massnahme nachweislich zu einer Verbesserung der Versorgungssicherheit?

Die Bandbreite möglicher Massnahmen im Bereich der wirtschaftlichen Anreize ist gross, was zugleich bedeutet, dass die damit verbundenen Kosten sehr unterschiedlich ausfallen können. In beiden Szenarien, Volksinitiative und direkter Gegenentwurf, wäre daher eine äusserst sorgfältige Auswahl der konkreten Massnahmen erforderlich. Denkbare wäre etwa, **Hersteller zugelassener Heilmittel** bei einer nachweislichen Diversifizierung ihrer Lieferketten mit geldwerten Vorteilen zu belohnen. Damit würde ein Anreiz geschaffen, Abhängigkeiten von einzelnen Produktions- oder Lieferstandorten zu reduzieren. Allerdings besteht dabei immer auch das Risiko, dass auch Unternehmen belohnt werden, die ihre Lieferketten aus betriebswirtschaftlichen Gründen so oder so diversifiziert hätten – also unabhängig von der politischen Förderung (sog. Mitnahmeeffekt).

Ein Malus-System, bei dem **Zulassungsinhaber** bei Nichterfüllung bestimmter Kriterien sanktioniert würden, wird von den meisten Stakeholdern als problematisch bewertet. Bestrafungsmechanismen könnten Marktaustritte begünstigen und dadurch die Versorgungssicherheit letztlich verschlechtern. Nach Einschätzung der Stakeholder könnten – wenn überhaupt – vor allem positive wirtschaftliche Anreize dazu beitragen, die Zahl der in der Schweiz zugelassenen Arzneimittel mit bekannten Wirkstoffen (insbesondere Generika) zu erhöhen. In der praktischen Umsetzung dürfte jedoch die geringe Marktgrösse der Schweiz die zentrale Hürde für zusätzliche Zulassungen darstellen und deutlich stärker ins Gewicht fallen als allfällige Anreizmechanismen.

### Kostenfolgen

Wie erwähnt, ist aus heutiger Sicht noch unklar, wie wirtschaftliche Anreize im Falle der Annahme einer der beiden Vorlagen konkret ausgestaltet würden. Gemeinsam ist solchen Massnahmen jedoch, dass den **Herstellern und Zulassungsinhabern wichtiger medizinischer Güter** geldwerte Vorteile zukommen. Anhand der Arzneimittel lässt sich die Gröszenordnung der möglichen Kostenfolgen exemplarisch aufzeigen. So hat die EGV die Folgen einer Risikoklassifizierung gemäss der niederländischen LCG auf die OKP-Ausgaben in der Schweiz übertragen (EGV, 2025). Demnach entfielen im Jahr 2023 rund 47.3 Prozent der OKP-Ausgaben für Arzneimittel (CHF 4.21 Mrd.) auf Präparate, die mindestens als «notwendig» einzustufen sind. Geht man davon aus, dass die wirtschaftliche Förderung der Versorgungssicherheit in dieser Arzneimittelkategorie mit Zusatzkosten in der Gröszenordnung von 1 bis 5 Prozent der Gesamtkosten einhergeht, würde dies – bei gleichbleibendem Mengenverbrauch – einem Betrag von CHF 50 bis 200 Mio. entsprechen. Je nach Ausgestaltung der wirtschaftlichen Anreize dürfte auch Design und Aufbau des Anreizsystems mit hohen Kosten verbunden sein (CHF 0 bis 10 Mio.).

Durch diese Massnahme ist in den Szenarien «Volksinitiative» und «direkter Gegenentwurf» somit mit erheblichen Mehrkosten zu rechnen, zumal in der obigen Kostenschätzung andere medizinische Güter noch nicht enthalten sind. Ungeklärt bleibt zudem, ob die

Finanzierung wirtschaftlicher Anreize über den Bundeshaushalt (also über die **Steuerzahlenden**) oder über die OKP (also über die **Prämienzahler**) erfolgen würde.

### Entwicklung im Referenzszenario

Im Referenzszenario ist nicht davon auszugehen, dass Massnahmen ergriffen würden, welche über die in Abschnitt 4.4.4 beschriebenen hinausgehen. Entsprechend dürfte sich die Kostenbelastung für den **Bund** bzw. die **Prämienzahlenden** weiterhin im heutigen Rahmen bewegen. Gleichzeitig bleiben jedoch die strukturellen Herausforderungen des Schweizer Arzneimittelmarktes bestehen. Der anhaltende Preisdruck im Segment der tiefpreisigen und patentabgelaufenen Arzneimittel reduziert weiterhin die Marktattraktivität und die Anreize, Produkte dauerhaft in der Schweiz anzubieten oder in robuste Lieferketten zu investieren, sind begrenzt.

## 5.2.7 Förderung der heimischen Produktion

### Kernaussagen aus den Stakeholderinterviews

- Ein äusserst geringer Anteil der in der Schweiz verschriebenen Generika – und somit den von Versorgungsengpässen hauptbetroffenen Güter – wird in der Schweiz hergestellt. Dies ist primär auf die hohen Kosten der lokalen Produktion zurückzuführen. Eine Förderung der lokalen Herstellung wäre sehr kostspielig.
- Lieferstörungen betreffen oft API, die nicht in der Schweiz hergestellt werden. Die Stakeholder erwarten aufgrund einer verstärkten Förderung der heimischen Produktion keine merkliche Verbesserung der Versorgungssicherheit.

### Auswirkungen

Von der Förderung der heimischen Produktion wären in erster Linie **Hersteller von Heilmitteln in der Schweiz** betroffen. Denkbare Massnahmen umfassen unter anderem direkte finanzielle Beiträge, Steuererleichterungen oder Investitionsanreize für den Aufbau bzw. den Ausbau von Produktionskapazitäten in der Schweiz. Solche Fördermassnahmen könnten die wirtschaftliche Situation der betroffenen Unternehmen verbessern und deren Wettbewerbsfähigkeit im internationalen Umfeld stärken. Allerdings wäre selbst bei einer erfolgreichen Umsetzung solcher Massnahmen nicht sichergestellt, dass die zusätzlich produzierten Mengen auch tatsächlich in den inländischen Markt fliessen. Da pharmazeutische Produktionsprozesse und Lieferströme international stark vernetzt sind, besteht insbesondere das Risiko, dass die geförderte Mehrproduktion in den Export fliesst. Entsprechend ist – zumindest kurzfristig und ohne weitere Massnahmen – nicht zwingend mit einer substantiellen Verbesserung der Versorgungssicherheit zu rechnen.

Damit entsprechende Massnahmen einen Einfluss auf die Standortentscheidung **internationaler Hersteller** zugunsten der Schweiz entfalten, wäre voraussichtlich eine substantielle finanzielle Förderung erforderlich. Denn sie stellt letztlich nur einen Einzelaspekt der Standortwahl dar – Faktoren wie regulatorische Stabilität, Fachkräfteverfügbarkeit, Energie- und Produktionskosten oder der Marktzugang spielen eine ebenso zentrale Rolle.

Wahrscheinlicher ist, dass Fördermassnahmen zur Stärkung der heimischen Produktion in erster Linie dazu beitragen würden, die bereits in der **Schweiz ansässigen Hersteller** zu halten. Für die Versorgungssicherheit wäre insbesondere entscheidend, dass der bestehende, ohnehin kleine Bestand an Produzenten tiefpreisiger und patentabgelaufener Arzneimittel langfristig im Land verbleibt und seine Produktionskapazitäten aufrechterhält.

### Kostenfolgen

Bezüglich der Kostenfolgen von finanziellen Fördermassnahmen für die heimische Produktion kann auf den Vorarbeiten des BAG abgestützt werden (BAG, 2024). So schätzt das BAG, dass der Aufbau einer modernen Produktionsanlage für Arzneimittel in der Schweiz Investitionen in der Höhe von etwa CHF 200 bis 500 Mio. erfordern würde. Bei einer Beteiligung des Bundes von maximal 20 Prozent der Investitionssumme, einer Förderobergrenze von CHF 50 Mio. pro Anlage und der Realisierung von ein bis zwei Grossprojekten pro Jahr ergäbe sich eine finanzielle Belastung von CHF 40 bis 100 Mio. pro Jahr. Da es sich um gezielte Beteiligungen an Einzelprojekten handelt, sind die initialen Implementierungskosten gemäss BAG (2024) mit CHF 0.15 bis 0.5 Mio. als gering einzustufen.

### Entwicklung im Referenzszenario

Im Referenzszenario wird davon ausgegangen, dass der Bund keine spezifischen Fördermittel zur Stärkung der inländischen Produktion wichtiger medizinischer Güter bereitstellt. Auch auf kantonaler Ebene sind entsprechende Massnahmen aufgrund des hohen finanziellen Aufwands wenig wahrscheinlich. Es wird in der Schweiz somit weiterhin nur wenige **inländischer Hersteller** im Bereich tiefpreisiger und patentabgelaufener Arzneimittel geben. Aufgrund des regulatorischen Umfelds und des anhaltenden Preisdrucks wird die Rentabilität dieser Produktionsbasis auch künftig unter Druck stehen.

## 5.2.8 Internationale Zusammenarbeit

### Kernaussagen aus den Stakeholderinterviews

- Versorgungsentpässe haben mehrheitlich internationale Ursachen. Eine internationale Zusammenarbeit, vornehmlich im europäischen Raum, ergibt Sinn und kann die Lage verbessern.
- Internationale Lieferketten begünstigen internationale Zusammenarbeit als Lösungsansatz.

### Auswirkungen

Eine naheliegende Möglichkeit im Bereich der internationalen Zusammenarbeit besteht darin, die Schweiz stärker an das Europäische Netzwerk zur Versorgungssicherheit anzubinden. Während ein Ausbau der inländischen Produktionskapazitäten nur begrenzt realistisch erscheint, könnten entsprechende Produktionsanstrengungen in Partnerstaaten der EU durch den **Bund** durchaus unterstützt werden. Durch eine frühzeitige und aktive Beteiligung könnte die Schweiz zudem Einfluss auf die Ausgestaltung künftiger europäischer

Wertschöpfungsketten nehmen und so indirekt zur Stärkung der eigenen Versorgungssicherheit beitragen.

Darüber hinaus könnte sich der Bund auch verstärkt in multilateralen Organisationen engagieren. Angesichts der Tatsache, dass ein erheblicher Teil der Lieferengpässe auf internationale Ursachen zurückzuführen ist, könnte er dadurch aktiver bei der Entwicklung gemeinsamer Lösungsansätze und Koordinationsmechanismen mitwirken. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass internationale Verträge und Kooperationen vor allem einen langfristigen Beitrag zur Versorgungssicherheit leisten können, jedoch eher nicht geeignet sind, um Notlagen zu entschärfen. So zeigten die Erfahrungen während der COVID-19-Pandemie, dass in Krisensituationen vereinbarte Mechanismen oder Verpflichtungen häufig zugunsten nationaler Interessen in den Hintergrund treten.

### **Kostenfolgen**

Die Szenarien «Volksinitiative» und «direkter Gegenentwurf» lassen sich in Bezug auf die mögliche Tätigkeit des Bundes in der internationalen Zusammenarbeit grundsätzlich nicht vom Referenzszenario unterscheiden. Allerdings könnte bei Annahme einer der beiden Vorlagen die internationale Zusammenarbeit an Priorität gewinnen, was ein zusätzlicher Einsatz von personellen Ressourcen denkbar macht. Würden in diesem Bereich beispielsweise zwei bis fünf zusätzliche Stellen geschaffen, entspräche dies – bei Vollkosten von rund CHF 0.18 Mio. pro FTE – zusätzlichen laufenden Kosten von CHF 0.36 bis 0.9 Mio. pro Jahr.

### **Entwicklung im Referenzszenario**

Die Schweiz verfügt bereits heute über die institutionellen und diplomatischen Voraussetzungen, um sich verstärkt in internationale Netzwerke und Initiativen einzubringen. Damit wäre eine vertiefte internationale Anbindung – und die allenfalls daraus resultierenden positiven Effekte auf die Versorgungssicherheit – grundsätzlich auch ohne eine neue verfassungsrechtliche Grundlage realisierbar. Zumindest solange dieses Engagement entsprechend priorisiert und ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Im Kern befürworten dann auch alle befragten Stakeholder einen Ausbau der internationalen Zusammenarbeit. Sie sehen darin ein wirksames Instrument, um langfristig die Resilienz von Lieferketten zu erhöhen und die Reaktionsfähigkeit bei globalen Engpässen zu verbessern.

## **5.3 Zusätzliche Massnahmen im Szenario «Volksinitiative»**

Die nachfolgenden Massnahmen beschränken sich auf das Szenario «Volksinitiative». Es handelt sich um Massnahmen, die im direkten Gegenentwurf keine Erwähnung finden.

### 5.3.1 Förderung von Forschung und Entwicklung

#### Kernaussagen aus den Stakeholderinterviews

- F&E betrifft neue, innovative Arzneimittel, die aktuell nicht von Lieferstörungen betroffen sind. Dieser Massnahmenbereich zielt also am Kern der Problematik vorbei; es besteht kein direkter Zusammenhang zur Thematik der Versorgungssicherheit.
- Für die forschenden Hersteller von Arzneimitteln ist der Massnahmenbereich (offensichtlich) attraktiv.

#### Auswirkungen

Von Massnahmen im Bereich der Förderung von F&E kann definitionsgemäss nur der **forschende und produzierende Teil der Pharmaindustrie** profitieren. Sie wirken am Anfang bzw. noch vor Beginn der eigentlichen pharmazeutischen Wertschöpfungskette, wobei die konkreten Effekte wesentlich von der spezifischen Ausgestaltung der Förderung abhängen. Grundsätzlich führen jedoch sowohl direkte Förderbeiträge, steuerliche Erleichterungen als auch «Public Private Partnership (PPP)»-Modelle zu geldwerten Vorteilen für die forschende Pharmaindustrie. Diese können Anreize für zusätzliche Investitionen in F&E schaffen und damit langfristig zur Stärkung der inländischen Innovations- und Produktionskapazitäten beitragen.

Sofern die Umsetzung solcher Massnahmen konkrete Förderbeiträge für einzelne Unternehmen vorsieht, können dadurch gezielte Anreize entstehen, F&E-Aktivitäten in der Schweiz zu intensivieren oder neu anzusiedeln. Allerdings beziehen sich solche Massnahmen typischerweise auf die Entwicklung innovativer Arzneimittel und weniger auf die Herstellung von Produkten der Grundversorgung. Entsprechend ist nicht davon auszugehen, dass die Förderung von F&E einen direkten Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssicherheit leistet.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass die selektive Förderung von F&E grundsätzlich das Risiko von Mitnahmeeffekten birgt – also der Möglichkeit, dass die betreffenden F&E-Aktivitäten auch ohne staatliche Unterstützung realisiert worden wären. Nicht ohne Grund ist etwa in der EU in solchen Fällen jeweils abzuklären, ob die staatliche Förderung eine verbotene Beihilfe darstellt oder ob sie allenfalls unter die Allgemeine Gruppenfreistellungsverordnung (AGVO) fällt.

#### Kostenfolgen

Bereits heute fördert der Bund F&E-Tätigkeiten in der Pharmabranche mit rund CHF 220 Mio. pro Jahr; dies entspricht knapp 1 Prozent der gesamten F&E-Ausgaben der Branche (Interpharma, 2024). Eine zusätzliche Förderung von F&E-Aktivitäten im Szenario «Volksinitiative» könnte mit einer substanziellen Erhöhung der heutigen Ausgaben einhergehen. Es wird davon ausgegangen, dass eine zusätzliche Förderung Mehrkosten in der Höhe von CHF 0 bis 220 Mio. verursachen würde.

## Entwicklung im Referenzszenario

Eine Umsetzung der obengenannten Massnahmen wäre auch ohne Verfassungsänderung möglich. Die verfassungsmässige Festschreibung der Möglichkeit F&E im Zusammenhang mit der Versorgungssicherheit zu fördern, könnte jedoch entsprechende Massnahmen begünstigen. Eine entscheidende Zunahme der F&E-Aktivität in der Schweiz wäre jedoch nicht zu erwarten.

### 5.3.2 Sicherstellung eines raschen Zugangs zu Heilmitteln

#### Kernaussagen aus den Stakeholderinterviews

- Die Problematik der Zulassung von – und somit des Zugangs zu – Arzneimitteln betrifft in der Schweiz in erster Linie innovative Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen. Es handelt sich nicht primär um Heilmittel, die heute von Engpässen betroffen sind.
- Für die Hersteller von medizinischen Produkten sind Konformitätsverfahren – etwa die CE-Kennzeichnung für den EWR – von grösserer Relevanz als das Zulassungsverfahren in der Schweiz.

#### Auswirkungen

Massnahmen, die auf eine Beschleunigung oder Vereinfachung der Zulassung und Vergütung abzielen, betreffen Unternehmen, die innovative Arzneimittel entwickeln und auf den Markt bringen – also die **forschende und produzierende Pharmaindustrie**. Sie wirken, ähnlich wie Massnahmen im Bereich F&E, am Anfang der pharmazeutischen Wertschöpfungskette und zielen primär auf eine verkürzte Zeitspanne zwischen Innovation und Markteinführung ab.

Grundsätzlich ist denkbar, dass **Swissmedic** künftig vereinfachte Zulassungsverfahren für neue Wirkstoffe einführt, beispielsweise für Präparate, die bereits von ausländischen Behörden zugelassen wurden. Dadurch könnte der Markteintritt neuer Therapien beschleunigt und der Aufwand durch Doppelprüfungen reduziert werden. Gleichzeitig sind verschiedene Massnahmen des Bundes denkbar, die eine Beschleunigung der Vergütung innovativer Arzneimittel durch die Grundversorgung erlauben (vgl. Abschnitt 4.4.4). Solche Massnahmen kann Swissmedic und der Bund jedoch schon im Rahmen der heutigen Kompetenzen ergreifen – hierfür braucht es somit keinen neuen Verfassungstext (vgl. Abschnitt 4.3.1).

**Hersteller anderer medizinischer Güter** – etwa von Medizinprodukten – wären von solchen Anpassungen nicht betroffen, da deren Zulassung nicht in die Zuständigkeit von Swissmedic fällt und in der Regel im Ausland erfolgt. Entsprechend bliebe die Situation in diesem Bereich unverändert. Im Bereich des Zugangs zu Heilmitteln sind daher, unabhängig davon welches Szenario eintritt, keine Unterschiede in den Auswirkungen auf die betroffenen Akteure zu erkennen.

## Kostenfolgen

Die Zulassung von Arzneimitteln liegt bereits heute im Zuständigkeitsbereich des Bundes bzw. von Swissmedic. Die bestehenden Strukturen und Prozesse dürften weitgehend beibehalten und im Rahmen der laufenden Weiterentwicklung optimiert werden. Es ist folglich davon auszugehen, dass sich die Kostenbelastung für den **Bund** und die **Zulassungsinhaber** weiterhin im heutigen Rahmen bewegt.

## Entwicklung im Referenzszenario

Insgesamt betreffen beschleunigte Zulassungs- und Vergütungsverfahren innovative Arzneimittel und nicht Präparate, die typischerweise von Lieferengpässen betroffen sind. Entsprechend ist von Massnahmen in diesem Bereich kein direkter Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssicherheit im engeren Sinne zu erwarten. Dies gilt für alle geprüften Szenarien.

Bei patentabgelaufenen Arzneimitteln besteht zudem heute schon die Möglichkeit eines sogenannten «Out-of-Stock»-Gesuchs (vgl. Abschnitt 4.4.4). Dieses Verfahren ermöglicht bei einem Lieferengpass die Zulassung äquivalenter Arzneimittel in ausländischer Aufmachung, um die Versorgung sicherzustellen. Die Wirksamkeit des Instruments hängt jedoch wesentlich davon ab, ob sich ein Versorgungsengpass auf die Schweiz beschränkt und ob im Ausland Ersatzprodukte in ausreichender Menge verfügbar sind. Diese Voraussetzungen dürften oft nicht erfüllt sein.

### 5.3.3 Vertrieb

#### Kernaussagen aus den Stakeholderinterviews

- Der dezentrale Vertrieb sowie der Vertrieb in den unterschiedlichen Landesteilen funktionieren einwandfrei. Der Vertrieb ist dabei entscheidend für die Versorgungssicherheit.
- Unterschiedliche Handhabungen in den Kantonen betreffend Versorgungssicherheit sind ein Problem; dieses würde durch die Neuverteilung der Kompetenzen adressiert.

#### Auswirkungen

Weder beim regionalen Vertrieb von Heilmitteln noch bei der dezentralen Abgabe wurde von den befragten Stakeholdern auf Probleme hingewiesen. Aus Sicht der Stakeholder besteht in diesem Bereich derzeit kein unmittelbarer Handlungsbedarf. Dies erschwert die Identifikation von möglichen Massnahmen, weshalb die nachfolgenden Überlegungen konzeptioneller Natur sind.

Zu erwarten wäre, dass Massnahmen im Bereich der Vertriebsstruktur bzw. der regulatorischen Rahmenbedingungen mit preislichen Auswirkungen einhergehen. Primär dürfte der sogenannte Vertriebsanteil betroffen sein – also jener Anteil des Publikumspreises, der die logistischen und vertriebsbezogenen Kosten abbildet. Erhöht sich der Vertriebsanteil, würden die **Pharmagrossisten** und die **Akteure im Abgabekanal** profitieren. Eine solche

Erhöhung würde letztlich wohl zu höheren Endpreisen führen, was – sofern eine Preisanpassung regulatorisch und/oder wettbewerblich überhaupt möglich ist – von den **Patientinnen und Patienten** getragen werden müsste.

### **Kostenfolgen**

Wie erwähnt, lassen sich zurzeit keine konkreten Massnahmen identifizieren, die im Handlungsfeld Vertrieb im Falle einer Annahme der Initiative ergriffen werden könnten. Allgemein kann jedoch festgehalten werden, dass eine Förderung des Vertriebs für die **im Handel tätigen Akteure** potenziell mit geldwerten Vorteilen verbunden wäre.

Im Bereich der Arzneimittel lässt sich die Grössenordnung möglicher Kostenfolgen grob abschätzen. Wie bereits in Abschnitt 5.2.6 festgehalten, hat die EGV die Folgen einer Risikoklassifizierung gemäss der niederländischen LCG auf die OKP-Ausgaben in der Schweiz übertragen (EGV, 2025). Demnach entfielen 2023 beinahe 50 Prozent der OKP-Ausgaben für Arzneimittel (CHF 4.21 Mrd.) auf Präparate, die mindestens als «notwendig» eingestuft sind. Gemäss Santé Suisse (2024) entfielen im selben Jahr rund 20 Prozent der OKP-Arzneimittelausgaben auf den Vertrieb. Angewendet auf die OKP-Ausgaben für «notwendige» Arzneimittel entspricht dies Vertriebskosten von rund CHF 0.84 Mrd. Geht man davon aus, dass die Förderung des Vertriebs dieser Arzneimittel 1 bis 5 Prozent der entsprechenden OKP-Vertriebskosten ausmacht, ergeben sich – bei unverändertem Verbrauch – jährliche Mehrkosten von CHF 8 bis 42 Mio.

### **Entwicklung im Referenzszenario und Szenario «direkter Gegenentwurf»**

Der Vertrieb über Schweizer Grossisten ist bereits heute stark dezentral organisiert und gewährleistet eine gute regionale Abdeckung. Es bestehen aktuell in diesem Bereich keine erkennbaren Probleme und aus heutiger Sicht ist nicht davon auszugehen, dass sich durch zusätzliche Massnahmen eine Veränderung der Versorgungssicherheit gegenüber dem Status quo ergeben würde.

## **5.4 Auswirkungen verbesserter Versorgungssicherheit auf die Stakeholder**

Volksinitiative und direkter Gegenentwurf gehen nicht nur mit Mehrkosten einher (vgl. Tabelle 2), sondern auch mit der Möglichkeit von Kosteneinsparungen. So wird etwa der ökonomische Schaden von Versorgungsstörungen in der Schweiz in der Vergangenheit vom BAG auf CHF 240 bis 500 Mio. pro Jahr geschätzt (BAG, 2022). Diese Kosten setzen sich hauptsächlich aus zwei Bereichen zusammen: Einerseits entsteht bei den **Leistungserbringern wie Apotheken und Arztpraxen** zusätzlicher Arbeitsaufwand (CHF 150 bis 310 Mio. jährlich). Andererseits verursacht die Verwendung von Ersatzpräparaten Mehrkosten (CHF 90 bis 190 Mio. jährlich), die von **Patientinnen und Patienten sowie Krankenkassen** getragen werden. Dies entspricht rund 1 bis 2 Prozent der jährlichen Arzneimittelkosten. Allfällige Umsatzeinbussen, die durch Lieferstörungen bei den **Herstellern und Zulassungsinhabern** entstehen, sind in dieser Quantifizierung nicht berücksichtigt. Auch andere wirtschaftliche oder gesellschaftliche Folgekosten von Lieferengpässen – etwa durch Behandlungsverzögerungen – fliessen nicht in diese Schätzungen ein.

Die ausgewiesenen Kosten lassen sich durch eine verbesserte Versorgungssicherheit allerdings kaum vollständig einsparen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es auch künftig Engpässe gibt, bei denen auf alternative Arzneimittel zurückgegriffen werden muss. Dabei lassen sich zwischen Initiative und Gegenentwurf inhaltlich kaum Unterschiede hinsichtlich des erwartbaren Einsparpotenzials feststellen.

Während sich die obengenannten Ausführungen auf das finanzielle Einsparpotenzial beziehen, lassen sich bezüglich der gesundheitlichen Auswirkungen auf die **Patientinnen und Patienten** keine gesicherten Aussagen treffen. Sollten die beiden Vorlagen Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit haben, sind diese aufgrund der Verbesserung der Versorgungssicherheit in beiden Szenarien sicherlich im positiven Bereich zu suchen. Schon heute lassen sich gemäss den Stakeholdern jedoch keine messbaren negativen Auswirkungen von Versorgungsengpässen – etwa in Form von irreversiblen gesundheitlichen Schäden oder Todesfällen – identifizieren.

Mit Blick auf die **Kantone** kann zudem festgehalten werden, dass diese heute – da die Bundesverfassung dem Bund keinen expliziten Auftrag erteilt – für die Versorgungssicherheit zuständig sind (vgl. Prüfpunkt 1). Sowohl im direkten Gegenentwurf wie auch in der Volksinitiative wird die Sicherstellung der Versorgungssicherheit durch den Bund in der Verfassung festgeschrieben. Somit wird der Bund zuständig für die Gesetzgebung. Zurzeit lassen sich die konkreten Auswirkungen auf die Kantone noch nicht genau abschätzen. Aufgrund der begrenzten Möglichkeiten der Kantone aktiv Massnahmen zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit zu ergreifen – was auch immer wieder in den Stakeholderinterviews betont wurde –, sind hier kaum grössere Einsparungen für die Kantone zu erwarten.

## 5.5 Fazit

Sowohl bei den szenarioübergreifenden Massnahmen als auch bei den zusätzlich denkbaren Massnahmen bei Annahme der Volksinitiative ist ein gewisses Ungleichgewicht bei der Betroffenheit der Stakeholder erkennbar. So besteht bei den szenarioübergreifenden Massnahmen klar eine Fokussierung auf die **Herstellenden im Gesundheitswesen**, sprich die forschende und produzierende Pharmaindustrie sowie die Hersteller von Medizinprodukten und anderer wichtiger medizinischer Güter. Auch bei der Intensität der Auswirkungen sind diese Stakeholder hervorzuheben. Dies liegt daran, dass diese Stakeholder die primären Empfänger möglicher Fördermittel sind, während für die anderen Stakeholder – unter Ausklammerung allfälliger Auswirkungen einer verbesserten Versorgungssicherheit – lediglich kostenseitige Auswirkungen zu erwarten sind.

Im Bereich der zusätzlichen Massnahmen im Szenario «Volksinitiative» ist vor allem die **forschende und produzierende Pharmaindustrie** als hauptbetroffener Stakeholder hervorzuheben. Durch die Förderung von F&E sowie Massnahmen im Bereich des raschen Zugangs sind insbesondere die Tätigkeitsfelder dieses Stakeholders betroffen.

Die Auswirkungen einer verbesserten Versorgungssicherheit – sofern eine solche aufgrund der ergriffenen Massnahmen resultiert – sind positiv, jedoch können sie nicht einem

einzelnen Stakeholder oder einer Stakeholdergruppe gesondert zugeordnet werden. Es profitieren grundsätzlich alle von Verbesserungen. Die gesundheitlichen Auswirkungen, sprich die **Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten**, sind indes weder quantifizierbar noch monetarisierbar.

Die potenziell negativen Auswirkungen der beiden Vorlagen lassen sich in zwei Kategorien einteilen: Monetäre Kosten und wettbewerbliche Beeinträchtigungen durch Staatseingriffe. Erstere können grundsätzlich alle Stakeholder treffen. Durch ergriffene Massnahmen entstehen unweigerlich Kosten, denen – aufgrund der fehlenden Möglichkeit eine allenfalls verbesserte Versorgungssicherheit zu monetarisieren – kein direkt messbarer Nutzen gegenübergestellt werden kann. Zweiteres betrifft primär Massnahmen, bei denen für ein Stakeholder neue Markthürden entstehen oder ein staatlicher Konkurrent in den Markt eintritt.

**Tabelle 2: Übersicht der Kostenfolgen nach Szenarien**

<i>Szenario «Direkter Gegenentwurf und «Volksinitiative»</i>		
<b>Massnahme</b>	<b>Annahmen</b>	<b>Kosten</b>
Kategorisierung medizinischer Güter	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kostenschätzungen BAG (2024) als Referenzwert (UV5.1)</li> <li>▪ Skalierung der Kosten auf alle medizinischen Güter unter der Annahme eines Fixkostenanteils von 80 % und konstanten variablen Kosten</li> </ul>	<p>Einmalig: CHF 5-20 Mio.            Laufend: CHF 0.9-1.8 Mio. pro Jahr</p>
Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Budget des niederländischen LCG als Referenzwert</li> <li>▪ Annahme: Monitoring umfasst im Vergleich zum LCG 25'000 bis 50'000 zusätzliche medizinische Güter</li> <li>▪ Skalierung der Kosten auf alle medizinischen Güter unter der Annahme eines Fixkostenanteils von 80 % und konstanten variablen Kosten</li> </ul>	<p>Einmalig: CHF 7-10 Mio.            Laufend: CHF 7-10 Mio. pro Jahr</p>
Lagerhaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kostenschätzungen BAG (2024) als Referenzwert (UV5.1)</li> <li>▪ Annahme: Ausweitung der Lagerhaltung um Faktor 2-10</li> <li>▪ Skalierung der Kosten ohne Fixkostenanteil und konstanten variablen Kosten</li> </ul>	<p>Einmalig: CHF 0-5 Mio.            Laufend: CHF 3-25 Mio. pro Jahr</p>
Staatliche Beschaffung (Kapazitätsverträge)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kostenschätzungen BAG (2024) als Referenzwert (UV16.1)</li> <li>▪ Annahme: Kapazitätsverträge für 150 Produkte (höchste Risikostufe der LCG-Risikoklassifizierung)</li> <li>▪ Skalierung der Kosten ohne Fixkostenanteil und konstanten variablen Kosten</li> </ul>	<p>Einmalig: CHF 2-7.5 Mio.            Laufend: CHF 30-150 Mio. pro Jahr</p>
Staatliche Herstellung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kostenschätzungen BAG (2024) als Referenzwert (UV17)</li> <li>▪ Annahme: Moderater Ausbau der Armeepothek bis zu Aufbau von 1-3 staatlichen Produktionsanlagen</li> </ul>	<p>Einmalig: CHF 0.5-1'500 Mio.            Laufend: CHF 0.5-90 Mio. pro Jahr</p>
Wirtschaftliche Anreize	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es werden alle Risikostufen der LCG-Risikoklassifizierung berücksichtigt (EGV, 2025)</li> <li>▪ Annahme: Wirtschaftliche Anreize führen zu Anstieg der OKP-Ausgaben bei den betroffenen Arzneimitteln um 1-5 %</li> </ul>	<p>Einmalig: CHF 0-10 Mio.            Laufend: CHF 50-200 Mio. pro Jahr</p>
Förderung heimischer Produktion	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kostenschätzungen BAG (2024) als Referenzwert (UV15.2)</li> <li>▪ Annahme: 1-2 Projekte pro Jahr mit Förderbetrag von je CHF 50 Mio.</li> </ul>	<p>Einmalig: CHF 0-0.5 Mio.            Laufend: CHF 50-100 Mio. pro Jahr</p>
Internationale Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine zusätzlichen Massnahmen im Vergleich zum Referenzszenario</li> <li>▪ Zusätzliche Personalressourcen: 2-5 FTE</li> </ul>	<p>Einmalig: CHF 0            Laufend: CHF 0.36-0.9 Mio. pro Jahr</p>

<i>Szenario «Volksinitiative»</i>		
<b>Massnahme</b>	<b>Annahmen</b>	<b>Kosten</b>
Förderung F&E	<ul style="list-style-type: none"> <li>Annahme: Maximale Verdoppelung der aktuellen F&amp;E-Förderung des Bundes (Interpharma, 2024)</li> </ul>	Einmalig: CHF 0-0.5 Mio. Laufend: CHF 0-220 Mio. pro Jahr
Zugang	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine zusätzlichen Massnahmen im Vergleich zum Referenzszenario</li> </ul>	Einmalig: n.a. Laufend: n.a.
Vertrieb	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berücksichtigung aller Risikostufen der LCG-Risikoklassifizierung</li> <li>Annahme: Die Förderung des Vertriebs führt zu einem Anstieg der dem Handel zuzuordnenden OKP-Kosten um 1-5%</li> </ul>	Einmalig: CHF 2-5 Mio. Laufend: CHF 8-42 Mio. pro Jahr

Quelle: Eigene Berechnungen

## 6 Prüfpunkt 4: Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft

Nachfolgend werden die Erkenntnisse der vorangehenden Analysen zusammengeführt und die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen der Volksinitiative sowie des direkten Gegenentwurfs – im Vergleich zum Referenzszenario – untersucht. Im Mittelpunkt stehen dabei die Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit mit medizinischen Gütern sowie auf die öffentliche Gesundheit. Dabei werden auch die zum jetzigen Zeitpunkt abschätzbaren volkswirtschaftlichen Kosten den Einsparpotenzialen gegenübergestellt, die durch eine verbesserte Versorgungssicherheit erzielt werden könnten. Anschliessend werden die weitergehenden volkswirtschaftlichen Effekte betrachtet, insbesondere in Bezug auf Wachstum, Wettbewerb, Standortattraktivität und Innovation. Abschliessend werden die Ergebnisse in einer ganzheitlichen Bewertung zusammengefasst, in der die Kosten, Risiken und potenziellen Nutzen der beiden Vorlagen einander gegenübergestellt werden.

### 6.1 Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit

Wie in Abschnitt 2.3 dargestellt, hat die Prävalenz von Lieferstörungen und Versorgungsengpässen in den vergangenen Jahren insbesondere im Segment der tiefpreisigen und patentabgelaufenen Arzneimittel deutlich zugenommen. Zentrales Ziel der Volksinitiative und des direkten Gegenentwurfs ist dann auch, eine zuverlässige und nachhaltige Versorgung der Schweiz mit medizinischen Gütern sicherzustellen. Die im Rahmen der identifizierten Handlungsfelder denkbaren Massnahmen wirken dabei unterschiedlich auf die Versorgungssicherheit. In Anlehnung an frühere Evaluationen des BAG (2024) lassen sich zwei zentrale Wirkungskanäle unterscheiden:

- **Erhöhung der Systemresilienz:** Eine verbesserte Vorsorge und ein wirksamerer Umgang mit Lieferstörungen und Versorgungsengpässen stärken die Gesundheitsversorgung. Ziel ist es dabei, die Resilienz des Gesamtsystems zu erhöhen und die Kontinuität der Versorgung auch bei Störungen zu sichern. Wie in Abschnitt 3.2 beschrieben, kann die Systemresilienz beeinträchtigt sein, wenn die einzelnen Akteure den gesellschaftlichen Wert einer stabilen Gesamtversorgung nicht genügend beachten. Dies kann unter Umständen mit zu geringen privaten Investitionen in die Vorsorge und die Systemresilienz einhergehen. Durch gezieltes staatliches Handeln können diesfalls fehlende Investitionen ausgeglichen werden. Gleichzeitig besteht jedoch immer das Risiko, dass staatliche Eingriffe «überschiessen» und private, betriebswirtschaftlich sinnvolle Investitionen in eine resiliente Versorgung verdrängen.
- **Ursachenbekämpfung:** Es können auch die strukturellen Ursachen von Lieferstörungen und Versorgungsengpässen direkt adressiert werden, um deren Auftreten nachhaltig zu bekämpfen.

Im Folgenden werden die Volksinitiative und der direkte Gegenentwurf – unter Berücksichtigung der beiden definierten Dimensionen – hinsichtlich ihrer potenziellen Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit analysiert. Ausgangspunkt ist Tabelle 3, welche die Einschätzungen der befragten Stakeholder zusammenfasst, inwiefern Massnahmen in den

jeweiligen Handlungsfeldern der Vorlagen geeignet sind, die Versorgungssicherheit zu stärken.

**Tabelle 3: Einschätzungen betreffend Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit**

<i>Szenario «Direkter Gegenentwurf und «Volksinitiative»</i>		
<b>Handlungsfelder</b>	<b>Verbesserung erwartet</b>	<b>Keine Verbesserung erwartet</b>
Monitoring	8	2
Lagerhaltung	5	4
Beschaffung von Produktionskapazitäten	6	3
Staatliche Herstellung	4	5
Wirtschaftliche Anreize	8	2
Förderung Herstellung in der Schweiz	4	7
Internationale Zusammenarbeit	9	1
<i>Szenario «Volksinitiative»</i>		
<b>Handlungsfelder</b>	<b>Verbesserung erwartet</b>	<b>Keine Verbesserung erwartet</b>
Förderung F&E	3	8
Rascher Zugang zu medizinischen Gütern	3	6
Vertrieb	4	6

Anmerkung: Insgesamt wurden 11 Stakeholderinterviews geführt. Es wurden nur Handlungsfelder und nicht einzelne Massnahmen bewertet. Berücksichtigt wurden dabei jeweils nur Aussagen und Antworten, die eine klare Einschätzung über die Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit erlauben. Somit kann sich die Gesamtzahl der Antworten über die Massnahmenbereiche jeweils unterscheiden.

Quelle: Stakeholderinterviews

### **Risikoklassifizierung und Monitoring**

Insbesondere im Rahmen der Handlungsfelder Risikoklassifizierung und Monitoring kann die Resilienz der Versorgung der Schweiz mit medizinischen Gütern in beiden Szenarien gestärkt werden. Sowohl die befragten Stakeholder als auch die Evaluationen anderer Expertengremien (vgl. etwa EGV, 2025) betonen, dass derzeit in der Schweiz keine vollständige Sicht auf die tatsächliche Versorgungslage besteht – insbesondere aufgrund der fehlenden proaktiven Erhebung von Markt- und Bestandsdaten sowie der begrenzten Meldepflichten für medizinische Güter. Durch die neuen Kompetenzen des Bundes im Rahmen der Volksinitiative bzw. des direkten Gegenentwurfs könnte diese Lücke – die aufgrund des hohen Koordinationsaufwands und der damit verbundenen positiven Externalitäten bislang weder von den Kantonen noch von der Privatwirtschaft adressiert wurde – künftig zumindest teilweise geschlossen werden.

Einerseits könnte durch Massnahmen in diesem Handlungsfeld die Früherkennung drohender Versorgungsengpässe sowie die Koordination von Mitigationsmassnahmen durch

die zuständigen Behörden verbessert werden. Andererseits würde eine verbesserte Informationslage auch die Resilienz der privatwirtschaftlichen Versorgung stärken, da beispielsweise den Leistungserbringern ermöglicht wird, frühzeitig auf verfügbare Substitute auszuweichen. Gleichzeitig sind globale Wertschöpfungsketten hochgradig komplex und unterscheiden sich je nach medizinischem Gut erheblich. Dies erschwert die Transparenz und stellt ein proaktives Monitoringsystem vor erhebliche Herausforderungen. Nicht in allen Fällen wird es möglich sein, Lieferstörungen oder Versorgungsengpässe rechtzeitig zu erkennen.

### **Lagerhaltung**

Eine Ausweitung der Pflichtlagerhaltung kann die Stabilität der Versorgung mit wichtigen medizinischen Gütern kurzfristig stärken, indem sie zusätzliche Pufferbestände schafft und zeitlich begrenzte Lieferstörungen abfedert. Die Wirksamkeit solcher Massnahmen dürfte jedoch begrenzt sein, was sich auch in der Erwartungshaltung der befragten Stakeholder widerspiegelt (vgl. Tabelle 3): Eine Aufstockung der Lagerbestände in der Schweiz adressiert die grundlegenden Ursachen von Lieferstörungen nicht. Zudem ist zu berücksichtigen, dass eine Ausweitung der Pflichtlagerhaltung vor allem im Bereich der Medizinprodukte neu zahlreiche KMU belasten würde. Ohne eine wettbewerbsneutrale, entlastende Finanzierungsregelung bestünde die Gefahr, dass sich kleinere Anbieter aus der Schweiz zurückziehen. Es könnten langfristig folglich sogar konträre Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit resultieren.

### **Staatliche Beschaffung**

Kapazitätsverträge können die Resilienz der Versorgung punktuell erhöhen, da sie dem Bund ermöglichen, im Falle eines Engpasses auf reservierte Produktionskapazitäten zurückzugreifen. Diese Auffassung wurde mehrheitlich auch in den Stakeholderinterviews vertreten (vgl. Tabelle 3). Vor allem im Marktsegment der patentabgelaufenen und tiefpreisigen Arzneimittel herrscht Preis- und Margendruck, der die Hersteller dazu zwingt, ihre Produktionslinien möglichst auszulasten (vgl. Abschnitt 2.4). Die freiwillige Vorhaltung von Kapazitäten für den Notfall ergibt in einem solchen Marktumfeld aus betriebswirtschaftlicher Sicht nur beschränkt Sinn. Kapazitätsverträge können hier korrigierend wirken, indem sie den Herstellern die Opportunitätskosten nicht genutzter Produktionskapazitäten vergüten und damit ökonomische Anreize zur Vorhaltung schaffen.

Gleichwohl verringern Kapazitätsverträge das strukturelle Risiko hochkonzentrierter globaler API-Lieferketten im Bereich patentabgelaufener Arzneimittel nicht. Ihre Wirksamkeit in der Ursachenbekämpfung ist begrenzt: Reservierte Produktionskapazitäten können nur genutzt werden, wenn die dafür benötigten Ausgangsstoffe tatsächlich in ausreichender Menge verfügbar sind. Die Möglichkeit Kapazitätsverträge einzusetzen, hängt zudem massgeblich davon ab, wo die Produzenten der benötigten Arzneimittel ansässig sind. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass in Normalsituationen auch ausländische Anbieter Kapazitätsverträge erfüllen. Es besteht jedoch – gerade ausserhalb von

Normallagen – immer die Gefahr, dass ausländische Staaten über Exportrestriktionen in die Verträge eingreifen.

In Marktsegmenten, die bislang kaum von Lieferstörungen betroffen waren, ist zudem mit Mitnahmeeffekten zu rechnen. Insbesondere die Umsätze mit patentgeschützten Arzneimitteln sind für die Hersteller für die Gewinnsicherung in der Regel von grosser Bedeutung. Somit dürften auch ohne Kapazitätsverträge starke betriebswirtschaftliche Anreize bestehen, eine hohe und kontinuierliche Lieferbereitschaft sicherzustellen. Schliesslich muss auch davon ausgegangen werden, dass in einem kleinen Land wie der Schweiz Kapazitätsverträge nicht in jedem Fall zu marktgerechten Konditionen abgeschlossen werden können. So würden solche Verträge optimalerweise ausgeschrieben und an denjenigen Hersteller mit dem besten Angebot vergeben. Gibt es aber nur einen Hersteller, bleibt nur die Variante, direkt mit diesem zu verhandeln. Dabei dürfte der Bund tendenziell in der schwächeren Verhandlungsposition sein, was sich entsprechend in übersteuerten Kapazitätsverträgen äussert.

### **Staatliche Herstellung**

Die Bereitstellung von staatlichen Herstellungskapazitäten wirkt im Kern ähnlich wie Kapazitätsverträge: Sie erlaubt dem Bund, Produktionskapazitäten vorzuhalten, die von privaten Akteuren nicht bereitgestellt werden. Der grösste Nutzen entfaltet die staatliche Herstellung potenziell in jenen Bereichen, in denen keine privaten inländischen Produktionskapazitäten verfügbar sind und der Bund somit komplementäre Kapazitäten aufbauen kann. In solchen Fällen sind im Inland kaum Mitnahmeeffekte zu befürchten, da die staatliche Produktion grundsätzlich keine privaten Investitionen verdrängt, sondern tatsächlich bestehende Kapazitätslücken schliesst. Gleichzeitig wird die Wirksamkeit der Massnahme von den meisten Stakeholdern als begrenzt eingeschätzt. Der Aufbau staatlicher Produktionskapazitäten ist sehr kapital- und ressourcenintensiv, sodass realistisch nur wenige, besonders versorgungsrelevante Güter abgedeckt werden könnten. Hinzu kommt, dass diese Produktionsstrukturen tendenziell weniger flexibel auf Veränderungen der Versorgungslage angepasst werden können als etwa Kapazitätsverträge.

### **Wirtschaftliche Anreize**

Wirtschaftliche Anreize werden von den befragten Stakeholdern insgesamt als wirksames Instrument zur Stärkung der Versorgungssicherheit eingeschätzt, da sie direkt bei den identifizierten Problemen ansetzen und damit – zumindest teilweise – auch die Ursachen von Versorgungsstörungen adressieren. So ist die Preisregulierung global auf die Senkung bzw. Dämpfung der Gesundheitskosten ausgelegt und insbesondere im Bereich tiefpreisiger und patentabgelaufener Arzneimittel werden private Investitionen in resiliente Lieferketten nur ungenügend honoriert. Hersteller können selbst bei Knappheit eines Arzneimittels in der Regel keine höheren Preise erzielen, wodurch Investitionen in Redundanzen, Diversifikation oder Qualitäts- und Risikomanagement aus betriebswirtschaftlicher Sicht kaum rentabel sind. Zielgerichtete Anreize könnten diese Lücke schliessen, indem sie die

gesellschaftlich erwünschte, aber privat nicht rentable Vorsorge wirtschaftlich attraktiv machen.

Allerdings stossen auch solche Anreizsysteme an ökonomischen Grenzen. Ähnlich wie bei Kapazitätsverträgen besteht unter anderem das Risiko von Mitnahmeeffekten – insbesondere in Marktsegmenten, in denen keine strikte Preisregulierungen gelten. Hinzu kommt, dass der Schweizer Markt im internationalen Vergleich klein ist. Hersteller mit globalen Wertschöpfungsketten und Absatzmärkten werden ihre Produktions- und Lieferstrukturen kaum aufgrund eines einzelnen nationalen Anreizprogramms grundlegend umgestalten. Damit finanzielle Anreize in der Schweiz tatsächlich Investitionsentscheidungen internationaler Hersteller beeinflussen könnten, müssten diese entsprechend hoch dotiert sein oder im Rahmen einer internationalen Koordination erfolgen.

### **Förderung der heimischen Produktion**

Auch die Förderung der heimischen Produktion medizinischer Güter trägt nur punktuell zur Stärkung der Versorgungssicherheit bei. Sinnvoll wäre dies insbesondere bei Gütern, die besonders relevant für die Gesundheitsversorgung sind und bei denen strukturelle Abhängigkeiten von wenigen ausländischen Herstellern bestehen. Die Wirksamkeit solcher Massnahmen muss jedoch wiederum als beschränkt bezeichnet werden, da die Ursachen der meisten Lieferstörungen bei preisgünstigen und patentabgelaufenen Arzneimitteln in den globalen Wertschöpfungsketten zu suchen sind, etwa bei Engpässen in der Produktion von Ausgangsmaterialien und Wirkstoffen. Solche Engpässe lassen sich auch durch einen verstärkten Produktionsaufbau im Inland nur teilweise beheben.

Vor diesem Hintergrund dürfte der zentrale Nutzen einer Förderung der heimischen Produktion in erster Linie darin liegen, die (noch) bestehende Produktion von versorgungsrelevanten Arzneimitteln in der Schweiz zu halten. Wie von mehreren Stakeholdern hervorgehoben, bestünde der hauptsächliche Effekt im Erhalt jener heimischen Unternehmen, die heute kritische Wirkstoffe oder Produkte für den Schweizer Markt herstellen. Ziel wäre es somit, den fortschreitenden Rückzug aus tiefmargigen Segmenten zu verhindern bzw. zu verlangsamen.

### **Internationale Zusammenarbeit**

Die internationale Zusammenarbeit stellt einen zentralen Ansatzpunkt dar, um sowohl die Resilienz des Versorgungssystems zu stärken als auch die strukturellen Ursachen von Versorgungsstörungen nachhaltig zu adressieren. Dies wird auch von den befragten Stakeholdern mehrheitlich bestätigt. Da Lieferstörungen und Versorgungsengpässe ihren Ursprung überwiegend in den globalen, stark konzentrierten Wertschöpfungsketten haben, sind isolierte nationale Massnahmen begrenzt wirksam. Hingegen können international koordinierte Ansätze die Gefahr widersprüchlicher oder sich gegenseitig neutralisierender (industriepolitischer) Einzelmassnahmen reduzieren und Skaleneffekte bei Monitoring, Risikoklassifizierung und Beschaffung ermöglichen.

Weder die Volksinitiative noch der direkte Gegenentwurf würden dem Bund jedoch im Vergleich zum Status quo neue rechtliche Instrumente im Bereich der multilateralen Kooperation verschaffen. Zu erwarten wäre aber immerhin, dass die internationalen Aktivitäten des Bundes personell gestärkt und priorisiert würden. Die Effektivität der internationalen Zusammenarbeit wird aber letztlich nicht allein von den Anstrengungen des Bundes abhängen, sondern auch von der Kooperationsbereitschaft anderer Staaten.

### **Weitere Handlungsfelder der Volksinitiative**

Insgesamt ist nicht davon auszugehen, dass Massnahmen in den zusätzlichen Handlungsfelder der Volksinitiative – insbesondere im Bereich Zugang, Vertrieb und Abgabe – die Versorgungssicherheit wesentlich verbessern. Der Hauptgrund hierfür liegt darin, dass ein grosser Teil der heute beobachteten Lieferstörungen und Versorgungsengpässe auf Störungen in vorgelagerten Wertschöpfungsstufen zurückzuführen ist. Nationale Massnahmen im Bereich des Vertriebs oder der Abgabe beheben keine strukturellen Probleme und können daher nur begrenzt Wirkung entfalten.

Zudem bestätigen die befragten Stakeholder mehrheitlich, dass Vertrieb und Abgabe medizinischer Güter in der Schweiz reibungslos funktionieren und aus Sicht der Versorgungssicherheit derzeit kein unmittelbarer Handlungsbedarf besteht. Auch Massnahmen zur Beschleunigung des Zugangs zu Heilmitteln oder zur Förderung von F&E dürften nicht unmittelbar zur Stärkung einer zuverlässigen Versorgung mit medizinischen Gütern beitragen. Solche Instrumente sind primär im Bereich innovativer, patentgeschützter Therapien wirksam – einem Segment, das derzeit kaum versorgungsrelevant ist.

## **6.2 Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit**

Bislang existieren weder fundierte wissenschaftliche Studien zu den Auswirkungen von Versorgungsstörungen in der Schweiz noch liefern die befragten Experten hierzu belastbare Aussagen, die eine Quantifizierung auf Stufe der Gesamtbevölkerung erlauben würden. Doch, auch wenn es bisher keine klare Verschlechterung der öffentlichen Gesundheit durch Versorgungsengpässe mit Arzneimitteln gab, steigt mit der zunehmenden Häufigkeit von Lieferstörungen das Risiko, dass dies in Zukunft geschehen könnte. Sowohl die Volksinitiative als auch der direkte Gegenentwurf tragen in diesem Sinne grundsätzlich dazu bei, dieses Risiko zu verringern.

Unbestritten ist überdies weitgehend, dass Versorgungsstörungen bei wichtigen medizinischen Gütern potenziell gesundheitliche Folgen für Patientinnen und Patienten haben können. Besonders für Arzneimittel, bei denen eine Substitution schwierig ist oder die korrekte Dosierung aufwendig eingestellt werden muss (etwa bei Antiepileptika, Psychopharmaka, Herz-Kreislauf-Medikamente oder Chemotherapeutika), dürfte dies der Fall sein. Auch haben Substitutionsprodukte bei Antibiotika teilweise eine geringere Wirksamkeit. Der Einsatz weniger geeigneter Substitute kann entsprechend die Entstehung von Resistenzen fördern.

Anekdotische Hinweise, dass sich Lieferstörungen auf die Gesundheitsversorgung ausgewirkt haben, liegen auch für die Schweiz vor. In ihrer Stellungnahme zur Vernehmlassung des direkten Gegenentwurfs weist z.B. die Organisation «mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz» darauf hin, dass es in der Vergangenheit aufgrund fehlender Impfstoffe zu Verzögerungen beim Aufbau des Impfschutzes gekommen sei.<sup>33</sup> Eine Untersuchung aus dem Vereinigten Königreich berichtet zudem, dass Versorgungsstörungen, selbst wenn sie die Therapiequalität an sich nicht wesentlich mindern, psychische Belastungen bei Patientinnen und Patienten verursachen können.<sup>34</sup> Als Ursache hierfür wird etwa die Unsicherheit über die Verfügbarkeit benötigter Therapien oder den zusätzlichen Aufwand bei der Beschaffung von Ersatzprodukten genannt.

Auch die befragten Stakeholdern bestätigen, dass es aufgrund von Versorgungsstörungen in der Vergangenheit vereinzelt zu Therapieanpassungen und anderen Ausweichmassnahmen gekommen ist. Von einer flächendeckend beeinträchtigten Behandlungsqualität sprach jedoch niemand. Grundsätzlich wird die Qualität des Schweizer Gesundheitssystems als hoch eingeschätzt. Ob es aufgrund der Umsetzung der Volksinitiative oder des direkten Gegenentwurfs zu einer spürbaren Verbesserung der öffentlichen Gesundheit kommen würde, lässt sich zum heutigen Zeitpunkt nicht mit Sicherheit sagen.

### 6.3 Kosten der Versorgungssicherheit

Sowohl im Szenario «Volksinitiative» wie auch im Szenario «direkter Gegenentwurf» ist – sollten breitflächig und für eine grosse Anzahl von wichtigen medizinischen Gütern Massnahmen ergriffen werden – mit erheblichen Kostenfolgen zu rechnen. Aus heutiger Sicht ist die Spannbreite der möglichen finanziellen Auswirkungen aufgrund zahlreicher auf Gesetzesebene noch zu klärender Fragen gross. Die einmaligen Kosten werden gemäss den Ausführungen in Kapitel 5 je nach Art, Umfang und Ausprägung der ergriffenen Massnahmen im direkten Gegenentwurf auf zwischen CHF 15 und 1'553 Mio. und in der Volksinitiative auf zwischen CHF 17 bis 1'559 Mio. geschätzt. Die jährlich anfallenden Kosten dürften im direkten Gegenentwurf CHF 142 bis 580 Mio. bzw. in der Volksinitiative auf CHF 150 bis 840 Mio. belaufen (vgl. Tabelle 4).

**Tabelle 4: Geschätzte Gesamtkosten der beiden Szenarien**

	Direkter Gegenentwurf	Volksinitiative
Einmalige Kosten	CHF 15 - 1'553 Mio.	CHF 17 - 1'559 Mio.
Laufende Kosten (pro Jahr)	CHF 142 - 578 Mio.	CHF 150 - 840 Mio.

Quelle: Eigene Berechnungen

<sup>33</sup> Vgl. [Stellungnahmen zur Vernehmlassung – Direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit»](#) [11.11.2025].

<sup>34</sup> Vgl. [Medicines Shortages: Solutions for empty shelves](#) [11.11.2025].

Die zentralen Kostentreiber liegen in beiden Szenarien bei den Kapazitätsverträgen, der Bereitstellung staatlicher Produktionskapazitäten sowie der Förderung der heimischen Produktion. Diese Instrumente verursachen, wenn breit angelegt, hohe Kosten, da sie entweder Fixkosteninvestitionen erfordern (z.B. Produktionsanlagen) oder mit erheblichen laufende Finanzierungskosten einhergehen (z.B. Vorhaltungsprämien für Kapazitäten).

Gleichzeitig bestehen – je nach Ausgestaltung – auch Potenziale zur Verringerung der indirekten volkswirtschaftlichen Kosten, die heute durch Lieferstörungen entstehen. Diese lassen sich zwar nicht vollständig quantifizieren, da beispielsweise die aktuellen Umsatzeinbussen bei den Herstellern und Vertreibern von medizinischen Gütern nicht systematisch erfasst werden. Auf Basis der quantifizierbaren Einsparpotenziale (vgl. Abschnitt 5.4) ist jedoch davon auszugehen, dass der finanzielle Nutzen aus vermiedenen Engpässen insgesamt deutlich unter den Mehrkosten der vorgeschlagenen Massnahmen liegen dürfte. Dies gilt umso mehr, da es nicht wahrscheinlich ist, dass sämtliche der heute durch Versorgungsstörungen verursachten Mehrkosten aufgrund der neuen Verfassungsgrundlage in den Szenarien «Volksinitiative» und «Direkter Gegenentwurf» vollständig vermieden werden können.

## **6.4 Weitere volkswirtschaftliche Auswirkungen**

Neben den Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und damit die öffentliche Gesundheit ist für eine umfassende Bewertung der Volksinitiative und des direkten Gegenentwurfs auch deren Bedeutung für andere volkswirtschaftliche Dimensionen zu berücksichtigen. Im Folgenden werden deshalb in Kürze die potenziellen Effekte auf Wirtschaftswachstum, Wettbewerb, Standortattraktivität, Innovation sowie den Arbeitsmarkt analysiert. Diese Dimensionen ergänzen die bisherigen Befunde, indem sie aufzeigen, inwiefern die beiden Vorlagen über den Gesundheitssektor hinaus strukturelle Entwicklungen in der Schweizer Volkswirtschaft beeinflussen könnten.

### **6.4.1 Wachstum**

Die Auswirkungen der beiden Vorlagen auf das volkswirtschaftliche Wachstum dürften insgesamt moderat ausfallen. Beide Vorlagen verfolgen primär das Ziel, die Versorgungssicherheit mit wichtigen medizinischen Gütern zu erhöhen und nicht das Wachstumspotenzial im Gesundheitssektor zu steigern. Die diskutierten Massnahmen können jedoch allenfalls zu einer gewissen Steigerung der sektoralen Wirtschaftsleistung im Pharma- und Medtech-Bereich führen.

Zusätzliche staatliche Ausgaben – etwa für Monitoringsysteme, staatliche Produktionskapazitäten oder wirtschaftliche Anreizprogramme zur Förderung robuster Lieferketten – erhöhen die staatliche Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen und schaffen damit zusätzliche wirtschaftliche Aktivität. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht ist jedoch darauf hinzuweisen, dass solche zusätzlichen staatlichen Ausgaben immer mit Opportunitätskosten verbunden sind. Insbesondere könnten die eingesetzten Mittel unter Umständen

produktiver eingesetzt werden und somit einen höheren Beitrag zur langfristigen Steigerung der gesamtwirtschaftlichen Produktivität leisten.

#### 6.4.2 Wettbewerb

Der Wettbewerb im Gesundheitssektor kann generell als eher schwach bezeichnet werden, da dieser Sektor eine vergleichsweise hohe Dichte an Regulierungen aufweist und der Preiswettbewerb stark eingeschränkt ist. Somit ist das Potenzial für wettbewerbliche Auswirkungen in den beiden Szenarien schon grundsätzlich als eher gering einzuschätzen. Die effektiven Auswirkungen der beiden Szenarien auf den Wettbewerb in den Märkten für medizinische Güter hängen letztlich von der konkreten Ausgestaltung der Massnahmen in den einzelnen Handlungsfelder durch den Bund ab. Beide Vorlagen eröffnen diesem Möglichkeiten, wettbewerbsfördernde Massnahmen zu ergreifen. Insbesondere könnten wirtschaftliche Anreize in beiden Szenarien einen stärkeren Qualitätswettbewerb fördern, etwa indem stabile und resiliente Lieferketten gezielt honoriert werden.

Generell ist jedoch im Zusammenhang mit Fördermassnahmen darauf zu achten, dass diese nicht bestehende – inländische oder ausländische – und neue Marktteilnehmer benachteiligen. Werden durch solche Massnahmen selektiv gewisse Unternehmen bevorzugt oder führen sie zu Markteintrittsbarrieren, schadet dies dem Wettbewerb langfristig. Zu denken ist hierbei etwa an die Möglichkeit, dass unter dem Titel «wirtschaftlicher Anreize» neue Zulassungs- oder Vergütungsbedingungen eingeführt werden, welche die Attraktivität des Schweizer Marktes für neue Anbieter verringern. Auch eine asymmetrische Finanzierung der Lagerpflicht könnte sich nachteilig auswirken, da sie insbesondere kleinere oder neu eintretende Unternehmen überproportional belastet und damit ihre Wettbewerbsfähigkeit einschränkt. In beiden Fällen würde die Massnahme zwar kurzfristig die Versorgungssicherheit erhöhen, langfristig aber den Wettbewerb schwächen.

Schliesslich könnte ein verstärktes Monitoring unbeabsichtigt kollusives Verhalten zwischen Marktteilnehmern begünstigen. Eine erhöhte Markttransparenz – etwa über Lagerbestände, Liefermengen oder Beschaffungspläne – kann wettbewerbsschädigend wirken, wenn Unternehmen diese Informationen nutzen, um ihr Verhalten strategisch aufeinander abzustimmen. In Märkten mit wenigen Anbietern und hoher Homogenität der Produkte, wie sie im Bereich vieler medizinischer Güter bestehen, steigt dieses Risiko zusätzlich. Entscheidend wird daher die institutionelle Ausgestaltung des Monitorings sein – insbesondere die Fragen, welche Daten erhoben, in welcher Aggregation veröffentlicht und welchen Akteuren zugänglich gemacht werden.

#### 6.4.3 Standortattraktivität

Die Standortattraktivität der Schweiz ergibt sich aus dem Zusammenspiel von gesellschaftlichen, institutionellen und wirtschaftlichen Faktoren. Eine gestärkte Versorgungssicherheit kann in diesem Kontext positiv wirken, indem sie die Resilienz und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems erhöht – ein Faktor, der die Schweiz sowohl als Lebens-, Produktions- und Forschungsstandort attraktiver macht.

Im engeren Sinn eröffnen sowohl die Volksinitiative als auch der direkte Gegenentwurf neue Handlungsspielräume, um Standortentscheidungen von Herstellern medizinischer Güter zu beeinflussen. Die Volksinitiative sieht eine Förderung von F&E und der Produktion medizinischer Güter in der Schweiz vor, während der direkte Gegenentwurf über wirtschaftliche Anreize und Kapazitätsverträge eine ähnliche Wirkung entfalten könnte. Solche Instrumente können die Standortentscheidung grundsätzlich zugunsten der Schweiz beeinflussen. Aber auch hier sollten die positiven Auswirkungen nicht überschätzt werden, gibt es doch – neben solchen spezifischen Fördermassnahmen – viele weitere Faktoren, die den Standortentscheid eines Unternehmens mitbestimmen.

#### 6.4.4 Innovation

Die in der Volksinitiative vorgesehene Förderung von F&E dürfte grundsätzlich innovationsfördernd wirken. Angesichts der bereits heute sehr hohen privaten F&E-Ausgaben der Schweizer Pharma- und Medtech-Branche ist jedoch nicht zu erwarten, dass der gesamtwirtschaftliche Innovationsoutput dadurch signifikant gesteigert würde.

Punktuelle Impulse sind hingegen in Bereichen wie innovativen Produktionsmethoden, digitalisierten Fertigungsprozessen oder im «Supply Chain Management» möglich, insbesondere dann, wenn die vorgesehenen wirtschaftlichen Anreize in beiden Szenarien gezielt auf diese Innovationsfelder ausgerichtet werden. Auch Evaluationen aus der EU legen nahe, dass staatliche Fördermassnahmen zur Stärkung der Versorgungssicherheit komplementäre Innovationsanreize schaffen können. Es wird davon ausgegangen, dass eine finanzielle und regulatorische Unterstützung von strategischen Produktionsanlagen Innovationen in neuen Produktionsverfahren und nachhaltigen Herstellungsprozessen begünstigen (Europäische Kommission, 2025).

#### 6.4.5 Arbeitsmarkt

Massnahmen zur Erhöhung der Versorgungssicherheit führen voraussichtlich zu einem moderaten, vorwiegend qualifizierten Mehrbedarf an Personal – vor allem in der Bundesverwaltung und bei Fachstellen. Die Pflege der Risikoklassifizierung, die internationale Zusammenarbeit sowie der Aufbau bzw. Betrieb eines Monitorings erfordern zusätzliche FTE für fachliche Beurteilungen, Datenaufbereitung, Rechts- und Wettbewerbsfragen sowie Koordination (vgl. hierzu Kapitel 5). Gefragt sind insbesondere Profile mit pharmazeutisch-medizinischem, regulatorischem oder ökonomischem Hintergrund. Auch Unternehmen (insbesondere Hersteller, Importeure und Grosshändler) müssen mit zusätzlichen administrativen Aufgaben rechnen, was besonders bei KMU stärker ins Gewicht fällt. Inwiefern bei letzteren auch zusätzliche Arbeitsstellen für die neuen Aufgaben geschaffen werden können, ist indes fraglich.

Je nach Ausgestaltung der Massnahmen (z. B. Förder- oder Investitionsanreize) ist eher mit einem arbeitsmarktpolitischen Verlagerungs- statt ein Expansionseffekt zu rechnen. Förderinstrumente, Investitionsanreize oder beschleunigte Zulassungsverfahren begünstigen vor allem bereits in der Schweiz tätige, forschende und produzierende Unternehmen.

Gleichzeitig bergen asymmetrische Finanzierungspflichten oder Anforderungen an das Monitoring das Risiko einer überproportionalen Belastung von KMU, was den Personal-  
aufbau eher hemmt. Die Massnahmen wirken insgesamt im Arbeitsmarkt somit markt-  
strukturertend: Sie sichern spezialisierte Beschäftigung und schaffen punktuell Stellen  
in Verwaltung und Administration, ohne den Arbeitsmarkt als Ganzes spürbar zu verän-  
dern.

## 6.5 Fazit

Eine Gesamtbetrachtung zeigt, dass die beiden Vorlagen potenziell mit erheblichen Kosten  
verbunden sind. Diese entstehen insbesondere dann, wenn die gesamte denkbare Mass-  
nahmenpalette in den einzelnen Handlungsfeldern umgesetzt wird, die Risikokategorisie-  
rung breit angelegt und eine grosse Auswahl medizinischer Güter berücksichtigt wird. Bei  
der Volksinitiative ist zudem aufgrund von möglichen Massnahmen in den zusätzlichen  
Handlungsfelder F&E und Vertrieb mit höheren laufenden Kosten zu rechnen als im direk-  
ten Gegenentwurf.

Die Analyse der aktuellen Versorgungslage zeigt, dass die zentralen Ursachen heutiger Lie-  
ferstörungen und Versorgungsengpässe auch künftig fortbestehen dürften. Insbesondere  
im Bereich tiefpreisiger und patentabgelaufener Arzneimittel liegen diese meist in den  
komplexen, globalen Wertschöpfungsketten, die gegenüber Störungen strukturell anfällig  
sind. Diese Strukturen lassen sich durch die diskutierten – jedoch mehrheitlich nationalen  
– Massnahmen nur begrenzt beeinflussen. Trotzdem können einzelne Massnahmen im In-  
land durchaus positive Wirkungen erzielen, insbesondere durch eine verbesserte Resilienz  
des Versorgungssystems in der Schweiz.

Insgesamt impliziert dies, dass bei der Auswahl der umzusetzenden Massnahmen mit  
grosser Sorgfalt vorgegangen werden sollte. Es sind nicht nur die Kosten im Auge zu be-  
halten, sondern diese müssen immer auch in Bezug zur Wirksamkeit der vorgeschlagenen  
Massnahmen gesetzt werden – es zählt das Kosten-Nutzen-Verhältnis der einzelnen Mass-  
nahmen (vgl. hierzu auch Kapitel 5). Beeinflusst wird dieses im Übrigen auch von mögli-  
chen Fehlanreizen, die von einzelnen Massnahmen ausgehen können. So können staatliche  
Interventionen etwa bestehende private Vorsorgebemühungen beeinträchtigen. Im Ext-  
remfall droht, dass eine Massnahme Kosten verursacht, im Resultat aber nur private Vor-  
sorgebemühungen ersetzt.

Bislang liegen weder fundierte wissenschaftliche Studien zu den Auswirkungen von Ver-  
sorgungsstörungen in der Schweiz vor, noch konnten die befragten Experten hierzu belast-  
bare Aussagen machen. Weitgehend unbestritten ist jedoch, dass Versorgungsstörungen  
negative Folgen für Patientinnen und Patienten haben können – entsprechende anekdoti-  
sche Hinweise aus dem In- und Ausland bestätigen dies. Sorgfältig ausgewählte Massnah-  
men im Rahmen der beiden Vorlagen können dazu beitragen, solche möglichen negativen  
Auswirkungen zu begrenzen. Zudem lassen sich durch gezielte Massnahmen insbesondere  
indirekte wirtschaftliche Folgekosten (vgl. Abschnitt 5.4) – etwa zusätzliche Aufwände  
oder Umsatzeinbussen bei Herstellern, Lieferanten und Leistungserbringern – verringern.

## 7 Prüfpunkt 5: Zweckmässigkeit im Vollzug

In Prüfpunkt 5 wird beurteilt, inwiefern die vorgeschlagenen Verfassungsnormen zweckmässig ausgestaltet sind, um im Vollzug wirksam, effizient und kohärent umgesetzt zu werden. Der Fokus liegt dabei auf den Anforderungen, die sich an die nachgelagerten Gesetze und Verordnungen ergeben. Zentral ist in diesem Zusammenhang, dass die Kosten der gewählten Instrumente in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem Nutzen stehen und die Umsetzung mit bestehenden Verwaltungsstrukturen kompatibel bleibt.

Sowohl die Volksinitiative als auch der direkte Gegenentwurf erlauben dem Bund eine breite Palette an Massnahmen zu ergreifen, die jedoch auf Gesetzes- und Verordnungsstufe konkretisiert werden müssen. Für eine zweckmässige Umsetzung ist es deshalb wichtig, bereits frühzeitig Prioritäten zu setzen. Dabei sollen vor allem jene Massnahmen in den Vordergrund gerückt werden, die bei vergleichsweise geringen Kosten eine grosse Wirkung erzielen. In der Umsetzungsplanung sollte zudem darauf geachtet werden, dass die verschiedenen Instrumente (z.B. Lagerhaltung, Monitoring, internationale Zusammenarbeit) komplementär wirken und sich gegenseitig nicht behindern. Von der Umsetzung von Massnahmen, die keinen erkennbaren Beitrag zur Versorgungssicherheit leisten, sollte hingegen – trotz regulatorischem Handlungsspielraum – abgesehen werden.

Im Folgenden werden zwei zentrale Aspekte erläutert, anhand derer sich die Zweckmässigkeit im Vollzug voraussichtlich bestimmen wird. Es handelt sich zum einen um den gewählten Umfang der von einer Massnahme erfassten medizinischen Güter. Zum anderen ist bei Massnahmen, die primär auf den unmittelbaren Umgang mit Versorgungsengpässen abzielen, eine klare Massnahmenkaskade zu etablieren.

### 7.1 Massnahmenspezifischer Handlungsumfang

Ein zentraler Faktor für ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis von Massnahmen in den Szenarien «Volksinitiative» und «direkter Gegenentwurf» ist die Definition eines sachgerechten Handlungsumfangs. Eine wesentliche Grundlage würde dabei die Entwicklung einer kohärenten und fachlich fundierten Risikoklassifizierung wichtiger medizinischer Güter bilden.

Viele der diskutierten Massnahmen – etwa Kapazitätsverträge, staatliche Herstellung oder die Förderung inländischer Produktionskapazitäten – sind mit erheblichen Kosten verbunden und weisen voraussichtlich Kostenstrukturen auf, die bei einer breiten Anwendung nur geringe Skaleneffekte zulassen. Entsprechend sind sie ökonomisch vor allem dann zweckmässig, wenn sie auf eine klar abgegrenzte Gruppe hoch versorgungsrelevanten Güter fokussieren. In solchen Fällen können auch hohe Kosten gerechtfertigt sein, da die Absicherung gegen potenziell gravierende Gesundheitsschäden einen entsprechenden Nutzen stiftet. Dagegen verschlechtert sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis rasch, wenn solche Massnahmen auf Güter mit niedriger Risikoklassifizierung ausgeweitet werden – etwa Produkte mit hoher Substituierbarkeit oder geringer klinischer Kritikalität.

Demgegenüber erscheint bei anderen Massnahmen – insbesondere beim Monitoring – ein breiterer Handlungsumfang sinnvoll. Ein weites und proaktives Monitoring schafft eine robuste Informationsbasis, reduziert Informationsasymmetrien und erleichtert die Koordination zwischen Bund, Kantonen und Marktakteuren. Zudem entfaltet es positive Effekte, indem es die Wirksamkeit weiterer Massnahmen – etwa Pflichtlagerhaltung, internationale Kooperation oder wirtschaftliche Anreize – erhöht. Zudem können beim Monitoring Skaleneffekte genutzt werden: Die zusätzlichen Kosten für das Monitoring eines weiteren Produkts dürften mit zunehmendem Umfang sinken. Ein Monitoring, das eine breite Auswahl medizinischer Güter überwacht, kann folglich durchaus zweckmässig sein.

## 7.2 Zweckmässige Massnahmenkaskade

Hinsichtlich jener Massnahmen, die auf den unmittelbaren Umgang mit Versorgungsengpässen ausgerichtet sind, wird ein weiterer zentraler Faktor für die Zweckmässigkeit der künftigen Regulierung die Entwicklung einer klar strukturierten Massnahmenkaskade sein. Diese definiert, unter welchen Voraussetzungen welche Instrumente ausgelöst werden. Ausgangspunkt könnte dabei etwa die bestehende Massnahmenarchitektur der WL sowie die entsprechenden Empfehlungen der EGV (2025) bilden. Darauf aufbauend lassen sich Kriterien entwickeln, die den Zustand der Versorgungslage objektiv erfassen – etwa hinsichtlich Schweregrad und Dauer sowie der absehbaren gesundheitlichen oder volkswirtschaftlichen Auswirkungen eines Engpasses. So kann anschliessend eine Massnahmenkaskade definiert werden, wobei weitreichendere Massnahmen erst mit zunehmender Verschlechterung der Versorgungssicherheit aktiviert werden sollen.

Die Massnahmenkaskade soll sich folglich konsequent am Prinzip der Verhältnismässigkeit und Subsidiarität ausrichten. Massnahmen, die tief in Marktprozesse eingreifen – etwa die Auslösung einer staatlichen Herstellung oder vergleichbare schwerwiegende Interventionen – sollten erst dann ausgelöst werden, wenn mildere Instrumente ausgeschöpft sind und die Versorgungslage einen erheblichen Schaden für die öffentliche Gesundheit oder die Volkswirtschaft erwarten lässt. Zugleich verringert eine solche abgestufte Vorgehensweise das Risiko von Fehlanreizen: Werden staatliche Marktangriffe zur Behebung von Versorgungsengpässen als eine Ultima Ratio verstanden, lassen sich private Vorsorgemassnahmen eher aufrechterhalten, da die Marktakteure nicht von einem frühzeitigen staatlichen Eingriff ausgehen können. Staatliche Interventionen wirken damit komplementär zur privaten Vorsorge und verdrängen nicht jene marktwirtschaftlichen Anreize, die für eine stabile Versorgung zentral sind.

## 7.3 Weitere Aspekte

Für eine zweckmässige Umsetzung der Regulierung ist neben der inhaltlichen Ausgestaltung auch die praktische Realisierbarkeit zentral. Ein abgestuftes Vorgehen erscheint dabei sinnvoll. Zunächst sollten Massnahmen umgesetzt werden, die rasch implementierbar sind und ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen, bevor in einem zweiten Schritt

komplexere Reformen geprüft werden. Dies erhöht die Umsetzbarkeit und erlaubt eine frühzeitige Evaluation der Wirksamkeit von Instrumenten.

Ebenso wichtig sind klare Governance-Strukturen. Es sollte frühzeitig festgelegt werden, welche Bundesbehörde die Verantwortung übernimmt und welche Fachstellen und Expertengremien einbezogen werden, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden und eine effiziente Koordination zwischen den beteiligten Stellen sicherzustellen. Auch der Austausch mit den Kantonen muss so erfolgen, dass die Neuzuteilung der Kompetenzen in klaren Zuständigkeiten resultiert.

#### **7.4 Fazit**

Sowohl Volksinitiative als auch direkter Gegenentwurf lassen dem Gesetzgeber grosse Flexibilität im Vollzug. Die Zweckmässigkeit der Regulierung hängt damit weniger vom gewählten Szenario als vielmehr von der konkreten Ausgestaltung der einzelnen Massnahmen innerhalb der Handlungsfelder ab. Insgesamt wird für den zweckmässigen Vollzug wichtig sein, dass allfällige Massnahmen auf einer klaren Risikoklassifizierung von medizinischen Gütern aufgebaut werden. Zudem wird eine konsequent abgestufte Massnahmenkaskade entscheidend sein, um ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis sicherzustellen und unverhältnismässige Eingriffe zu vermeiden.

## 8 Referenzen

- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2022). *Versorgungsengepässe mit Humanarzneimitteln in der Schweiz: Situationsanalyse und zu prüfende Verbesserungsmassnahmen* (Bericht).
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2023). *Forschungskonzept Gesundheit 2025–2028*.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2024). *Umsetzungsvorschläge zu den Massnahmen des BAG-Berichts Arzneimittelversorgungsengepässe: Schlussbericht 2024 der Interdisziplinären Arbeitsgruppe*.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2024b). *Faktenblatt: Arzneimittelpreise und Versorgungssicherheit*. Eidgenössisches Departement des Innern (EDI).
- Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) & Swissmedic. (2025). *Vorprojekt Versorgungssicherheit Tierarzneimittel April 2024 bis Dezember 2024. Zusammenfassender Schlussbericht*.
- Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung (BWL). (2023). *Meldestelle für lebenswichtige Humanarzneimittel: Bericht 2021–2022*.
- Europäische Kommission. (2021). *Strategic dependencies and capacities* (Staff Working Document SWD(2021) 352 final).
- Europäische Kommission. (2025). *Summarising evidence supporting the legislative proposal laying a framework for strengthening the availability and security of supply of critical medicinal products as well as the availability of, and accessibility of, medicines of common interest and amending Regulation (EU) 2024/795* (SWD(2025) 263 final).
- Expertengruppe Versorgungssicherheit (EGV). (2025). *Expertenbericht: Weitere Massnahmen zur Behebung von Versorgungsstörungen bei Humanarzneimitteln in der Schweiz*. Eidgenössisches Departement des Innern (EDI).
- fDi Intelligence. (2023). *Biopharmaceutical industry benchmarks: Operating and capital costs of manufacturing facilities by location*. Financial Times Ltd.
- Francas, D., Fritsch, M., & Kirchhoff, J. (2022). *Resilienz pharmazeutischer Lieferketten: Studie für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)*. Institut der deutschen Wirtschaft Köln (IW Consult).
- Helsana. (2024). *Helsana-Arzneimittelreport 2024*.
- Infras. (2025). *Vertiefungsstudie MRA: Fallbeispiel Medizinprodukte. Studie im Auftrag des SECO*.
- Interpharma. (2024). *Panorama Gesundheit 2024: Die wichtigsten Zahlen und Fakten zur Schweizer Gesundheits- und Pharmalandschaft*.
- OECD. (2024). *Securing medical supply chains in a post-pandemic world* (OECD Health Policy Studies). OECD Publishing.

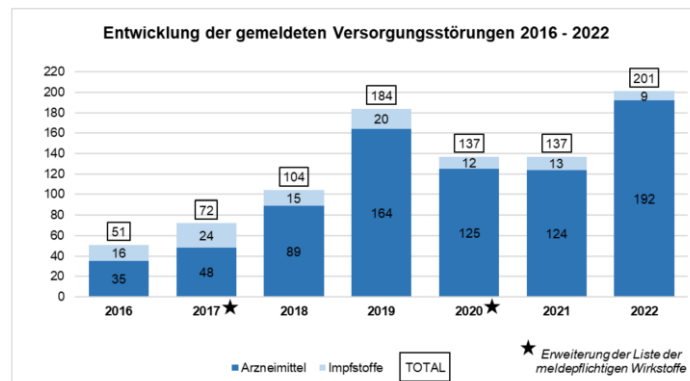
- Pellegrini, A. (2025). Versorgungsengpass bei Medikamenten – was tun? *Die Volkswirtschaft*. 30. Januar.
- Phuong, J. M., Penm, J., Chaar, B., Oldfield, L. D., & Moles, R. (2019). The impacts of medication shortages on patient outcomes: A scoping review. *PLOS ONE*, 14(5), e0215837.
- Santésuisse. (2024). *Auslandpreisvergleich 2023: Medikamentenpreise und -kosten – wovon sprechen wir?* [Präsentation].
- Schröder, M., Lohmüller, J., Telschow, C., Niepraschk-von Dollen, K., Zawinell, A., & Bauckmann, J. (2020). *Der GKV-Arzneimittelmarkt: Bericht 2020*. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).
- Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO). (2024). *Handbuch Regulierungsfolgenabschätzung (RFA)*.
- Shukar, S., Zahoor, F., Hayat, K., Saeed, A., Gillani, A. H., Omer, S., & Yang, C. (2021). Drug shortage: Causes, impact, and mitigation strategies. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 693426.
- Socal, M. P., Ahn, K., Greene, J. A., & Anderson, G. F. (2023). Competition and vulnerabilities in the global supply chain for US generic active pharmaceutical ingredients: Study examines the competition and vulnerabilities in the global supply chain for US generic active pharmaceutical ingredients. *Health Affairs*, 42(3), 407–415.
- Swiss Economics. (2024). *RFA zur Anpassung der Bestimmungen über den Versandhandel mit Arzneimitteln*. Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO).
- Swissmedic. (2025). *Geschäftsbericht 2024*.
- United States Food and Drug Administration (FDA). (2019). *Drug shortages: Root causes and potential solutions*.
- Wettstein, E., & Huber, C. (2024). *Swiss Medtech sector study: Swiss medical technology industry 2024* [Studie]. Swiss Medtech & Helbling Group.
- Wirtschaftliche Landesversorgung. (2024). *WL Jahresbericht 2023/24*.

## A Anhang

### A.1 Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln in Zahlen

Wie Abbildung 7 und Abbildung 8 entnommen werden kann, verzeichnen sowohl die Meldestelle der WL wie auch *drugshortage.ch* seit 2016 eine Verdoppelung der gemeldeten Lieferengpässe.<sup>35</sup>

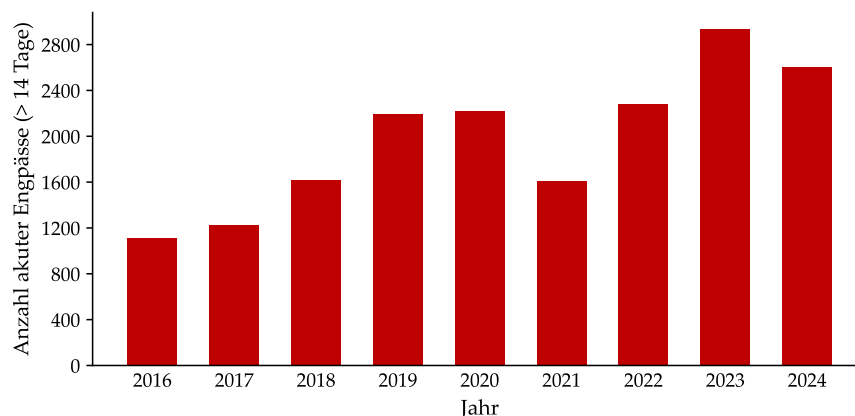
Abbildung 7: Entwicklung gemeldeter Versorgungsstörungen (Meldestelle der WL)



Hinweis: Dargestellt sind Versorgungsunterbrüche «lebenswichtiger» Arzneimittel und Impfstoffe, die mindestens 14 Tage andauerten.

Quelle: BWL (2023)

Abbildung 8: Entwicklung akuter Arzneimittelengpässe (*drugshortage.ch*)



Hinweis: Berücksichtigt werden bei *drugshortage.ch* gemeldete Engpässe von mindestens 14 Tagen.

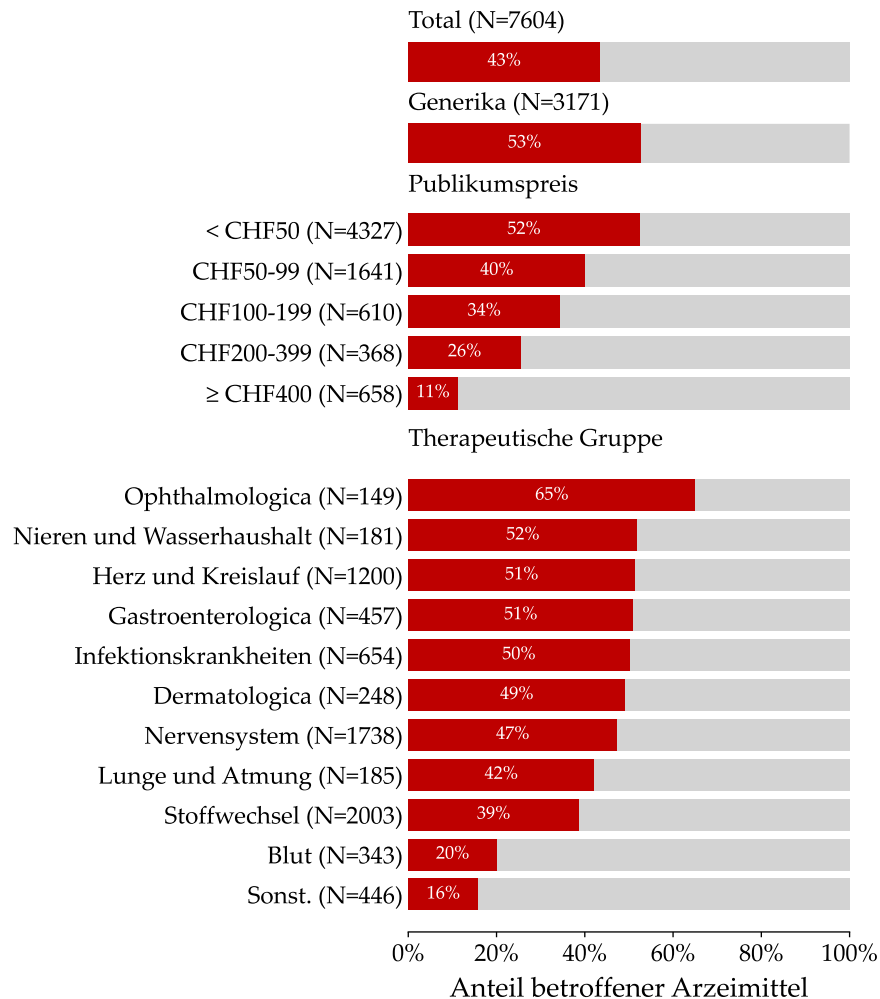
Quelle: Eigene Darstellung basierend auf *drugshortage.ch*

Bei Generika und preisgünstige Medikamente treten Lieferengpässen überdurchschnittlich oft auf (vgl. Abbildung 9). Zwischen 2020 und 2024 waren nur 12 Prozent der Medikamente über CHF 400, aber 52 Prozent der Medikamente unter CHF 50 von Engpässen betroffen.

<sup>35</sup> Dabei ist zu beachten, dass die Daten der WL auch durch Änderungen in der Erfassungspraxis beeinflusst sein könnten, da die Liste der meldepflichtigen Arzneimittel in den Jahren 2017 und 2020 erweitert wurde.

Auch das BWL bestätigt eine geringere Verfügbarkeit preiswerter, älterer Wirkstoffe und Generika (BWL, 2023).

**Abbildung 9: Prävalenz von Lieferengpässen bei Arzneimittel der Spezialitätenliste**



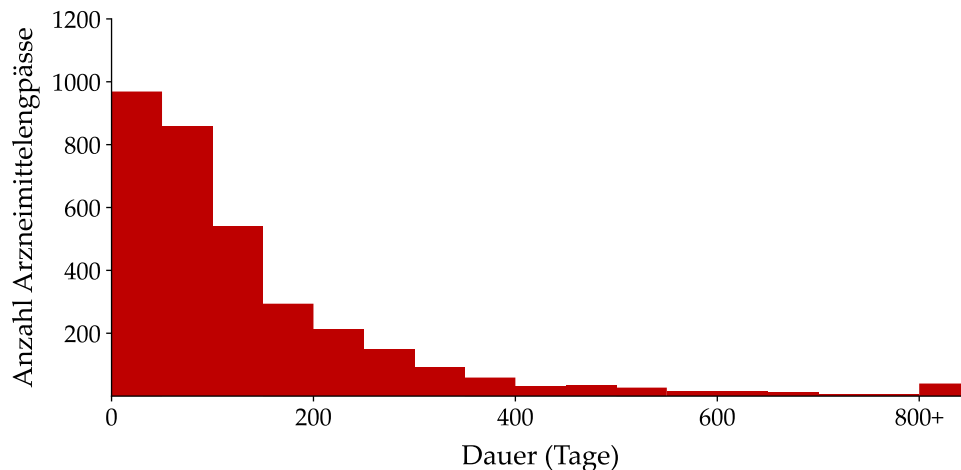
Hinweis: Berücksichtigt werden Engpässe zwischen 2020 und 2024 mit einer Dauer von mindestens 14 Tagen. Zudem werden nur Arzneimittel berücksichtigt, die bereits zu Beginn des Zeitraums 2020-2024 in der Spezialitätenliste enthalten waren. Insgesamt sind dies 7'636 Arzneimittel.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Spezialitätenliste (BAG) und Daten von [drugshortage.ch](https://drugshortage.ch)

Gemäss den Daten von [drugshortage.ch](https://drugshortage.ch) dauern Lieferengpässe im Mittel 91 Tage, können vereinzelt aber auch während länger als einem Jahr bestehen (vgl. Abbildung 10). Die Meldestelle der WL wies für das Jahr 2021 eine durchschnittliche Dauer von 112 Tagen und für das Jahr 2022 eine solche von 125 Tagen aus.

Insgesamt haben Lieferunterbrüche somit tendenziell zugenommen und betreffen vor allem kostengünstige, patentfreie Arzneimittel. Hochpreisige, patentgeschützte Präparate waren hingegen in der Regel zuverlässig lieferbar.

**Abbildung 10: Dauer der gemeldeten Arzneimittelengpässe, 2020-2024**



Hinweis: Berücksichtigt werden Engpässe mit einer Dauer von mindestens 14 Tagen.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten von [drugshortage.ch](http://drugshortage.ch)

## A.2 Die Rolle des Bundes im Bereich der Versorgungssicherheit

Die Bundesverfassung weist dem Bund keine ausdrückliche Zuständigkeit im Bereich der Versorgungssicherheit mit Heilmitteln und anderen medizinischen Gütern zu. Sie enthält jedoch einzelne, punktuelle Kompetenzgrundlagen:

### Bewältigung von schweren Mangellagen

Gestützt auf die in Art. 102 Abs. 1 BV vorgesehene Bundeskompetenz im Bereich der Landesversorgung wurde 2016 das **Landesversorgungsgesetz (LVG)** erlassen. Gemäss Art. 102 Abs 1 BV und Art. 1 LVG obliegt die primäre Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung grundsätzlich der Privatwirtschaft. Im Falle machtpolitischer oder kriegerischer Bedrohungen sowie bei schweren Mangellagen, denen die Wirtschaft nicht selbst begegnen kann, ergreift der Bund Massnahmen zur Sicherstellung der Versorgung mit lebenswichtigen Gütern und Dienstleistungen. Zu diesen Gütern gehören auch Heilmittel (Art. 4 Abs. 2 Bst. b LVG). In Art. 1 Abs. der Verordnung über die Meldestelle für lebenswichtige Humanarzneimittel werden Humanarzneimittel, die nicht oder nur eingeschränkt ersetzbar sind und deren Fehlen über längere Zeit gravierende gesundheitliche Folgen hätte, als lebenswichtig definiert.

Zur Bekämpfung von Mangellagen solcher Heilmittel kann der Bund auch vorsorgliche Massnahmen treffen (Art. 102 Abs. 1 Satz 2 BV), beispielsweise im Rahmen der Vorrats- oder Pflichtlagerhaltung. Diese Massnahmen sind allerdings ausschliesslich auf die kurz- und mittelfristige Bewältigung von schweren Mangellagen ausgelegt. Bisher wurde die Pflichtlagerhaltung grundsätzlich von den dazu verpflichteten Zulassungsinhaber finanziert. Der Bundesrat hat aber am 21. August 2024 das WBF beauftragt, ein neues Finanzierungsmodell für die Pflichtlagerhaltung zu prüfen. Vorschriften zur Anwendung strukturpolitischer Massnahmen zur langfristigen Förderung der Versorgungssicherheit mit Heilmitteln und anderen medizinischen Gütern sieht das LVG nicht vor.

## Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten (Epidemien)

Der Bund verfügt auf Grundlage von Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV über eine umfassende Kompetenz zur Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten bei Menschen und Tieren. Dabei kann der Bund auch versorgungspolitische Massnahmen treffen, zumindest soweit diese notwendig sind, um von den erwähnten Krankheiten ausgehende Gesundheitsgefahren zu begegnen. Gestützt auf diese Bestimmung wurde unter anderem das **Epidemiengesetz (EpG)** erlassen, das den Schutz des Menschen vor übertragbaren Krankheiten regelt.

Dabei beinhaltet es auch Aspekte betreffend die Versorgung der Bevölkerung mit wichtigen Heilmitteln, die zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten geeignet und erforderlich sind. Im Gegensatz zum LVG kann der Bund auch strukturpolitische Massnahmen zur langfristigen Sicherstellung der Versorgungssicherheit mit diesen Heilmitteln ergreifen. Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV ist jedoch auf die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten beschränkt und bildet somit keine umfassende Bundeskompetenz im Bereich der Versorgung mit Heilmitteln und anderen medizinischen Gütern.

Im Rahmen der laufenden Revision des EpG soll der Begriff «Heilmittel» durch «medizinische Güter» ersetzt werden. Dadurch würden künftig auch zentrale Medizinprodukte – etwa Atemschutzmasken oder andere Schutzausrüstung – in den Geltungsbereich des Gesetzes fallen. Zudem wird die subsidiäre Kompetenz des Bundesrats in der Bewältigung übertragbarer, stark verbreiteter oder besonders schwerer Krankheiten präzisiert und erweitert. Die Revision sieht vor, dass der Bundesrat wichtige medizinische Güter selbst herstellen lassen kann, sofern Kantone oder private Akteure dazu nicht in der Lage sind.

## Zulassung und Inverkehrbringung

Der Bund kann auf Grundlage von Art. 118 Abs. 2 Bst. a BV Vorschriften über den Umgang mit Heilmitteln erlassen. Zweck des gestützt auf dieser Bestimmung erlassenen **Heilmittelgesetzes (HMG)** ist es, den Schutz der Gesundheit von Mensch und Tier zu gewährleisten. Es soll sichergestellt werden, dass nur qualitativ hochwertige, sichere und wirksame Heilmittel in Verkehr gebracht werden (Art. 1 Abs. 1 HMG). Gemäss Art. 1 Abs. 2 Bst. c HMG soll der Bund zudem zu einer sicheren und geordneten Versorgung mit Heilmitteln beitragen. Aus dieser Zweckbestimmung lässt sich jedoch kein allgemeines Versorgungsziel ableiten.

Mit der Übertragung der Zulassungskompetenz an Swissmedic obliegt diese Aufgabe zudem einer unabhängigen Institution, die nicht direkt dem Bund unterstellt ist. Die Zulassungskompetenz von Swissmedic beschränkt sich auf den Gesundheitsschutz. Ein allgemeines Versorgungsziel im Sinne der Versorgungssicherheit ist nicht vorgesehen. Es sind allerdings einige Regelungen zu erwähnen, die im Kontext der Versorgungssicherheit eine Rolle spielen. Dazu zählen die befristete Bewilligung zum begrenzten Inverkehrbringen von Arzneimitteln gemäss Artikel 9b Absatz 2 HMG sowie die Vorschriften zur Einfuhr in der Schweiz nicht zugelassener Arzneimittel gemäss Artikel 20 Absatz 2 und 2<sup>bis</sup> HMG.

## Preisbildung und Vergütung

Gestützt auf Artikel 117 Absatz 1 BV bestimmt das **Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)**, welche Leistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden (Art. 24-31 KVG). Der Grundgedanke des KVG ist, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten zu erreichen (Art. 43 Abs. 6 KVG). Zwar lässt sich aus dem KVG keine explizite Bundeskompetenz im Bereich der Versorgungssicherheit ableiten, die vorgesehenen Kompetenzen des Bundes in Bezug auf die Preisbildung und Vergütung von medizinischen Gütern sind aus dieser Perspektive jedoch dennoch potenziell relevant.

Die Entscheidung darüber, welche Heilmittel von der OKP vergütet werden, sowie die Festlegung des regulierten Publikumspreises liegt im Kompetenzbereich des Bundes, konkret des BAG. In Bezug auf die Versorgungssicherheit ist dabei zu erwähnen, dass das BAG regelmässig Preissenkungen der von der OKP vergüteten Arzneimittel prüft. Es kann jedoch ausnahmsweise auf diese verzichten, wenn der Zulassungsinhaber einen entsprechenden Antrag stellt. Damit soll verhindert werden, dass versorgungsrelevante Arzneimittel aus wirtschaftlichen Gründen vom Markt genommen werden (BAG, 2024b). Preiserhöhungen sind nach Art. 35 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) grundsätzlich ausgeschlossen. In Ausnahmefällen kann das BAG jedoch auch Preiserhöhungen bewilligen, wenn die Versorgung der Bevölkerung mit einer bestimmten Therapie gefährdet ist und es keine Alternativen gibt. Dafür muss ein Gesuch vom Zulassungsinhaber eingereicht werden, das von der eidgenössischen Arzneimittelkommission geprüft wird (BAG, 2024b).

### A.3 Versorgungssicherheit im Ausland

In der EU bestehen zahlreiche Initiativen, welche die Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln zu verbessern versuchen. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA). Sie ist zuständig für die Gewährleistung der wissenschaftlichen Evaluierung, Überwachung und Sicherheitsprüfung von Human- und Tierarzneimitteln in der EU.<sup>36</sup> Das Mandat der EMA wurde 2022 mit dem Ziel erweitert, Liefer- und Versorgungsengpässe EU-weit besser zu überwachen und frühzeitig Gegenmassnahmen einleiten zu können. Unter anderem wurde die Europäische «Shortages Monitoring Platform (ESMP)» zur Sammlung von Daten durch Unternehmen und Mitgliedstaaten zu Engpässen von Arzneimitteln geschaffen.<sup>37</sup> Unternehmen sind zudem seit 2019 verpflichtet, absehbare Engpässe mindestens zwei Monate im Voraus zu melden.<sup>38</sup>

Ergänzend wurde auch die «Medicines Shortages Steering Group (MSSG)» geschaffen. Sie überwacht unter anderem Lieferengpässe, die zu Versorgungsengpässen führen können, und empfiehlt der EU-Kommission und Mitgliedstaaten Massnahmen zur Prävention, wie

---

<sup>36</sup> Europäische Arzneimittel-Agentur, [Überblick](#) [26.08.25].

<sup>37</sup> European Medicines Agency, [A stronger role for EMA](#) [26.08.25].

<sup>38</sup> [Article 23a of Directive 2001/83/EC](#) [27.08.2025].

etwa den Ausbau von Herstellungskapazitäten oder die Diversifizierung der Zulieferer in den Lieferketten der Hersteller.<sup>39</sup>

Die EU-Behörde für die Krisenversorgung und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen («Health Emergency Preparedness and Response Authority», HERA), die nach der Covid-19 Pandemie eingerichtet wurde, dient vor allem der Vorsorge grösserer Gesundheitskrisen. Ihre Aufgabe ist es, gesundheitliche Bedrohungen frühzeitig zu erkennen und die erforderlichen Reaktionskapazitäten aufzubauen. Dafür koordiniert und fördert sie unter anderem die Entwicklung, Herstellung und Beschaffung kritischer Arzneimittel, Impfstoffe und Medizinprodukte zwischen den EU-Mitgliedstaaten und gewährleistet die gerechte Verfügbarkeit für alle.<sup>40</sup> Im Jahr 2024 hat HERA die «Critical Medicines Alliance (CMA)» gestartet, um die Europäische Kommission, die EU-Agenturen, nationale Behörden und Interessensträger aus der Industrie zusammenzubringen. Das Hauptziel besteht in der Stärkung der Versorgungssicherheit, der Gewährleistung einer kontinuierlichen Arzneimittelverfügbarkeit und der Reduzierung von Abhängigkeiten in den Lieferketten. Dazu werden Empfehlungen ausgearbeitet, die zu einem Strategieplan führen sollen. So sollen z.B. Kapazitätsverträge oder die gemeinsame Beschaffung geprüft werden.<sup>41</sup>

Zuletzt wurde von der Europäischen Kommission im März 2025 ein «Critical Medicines Act» vorgeschlagen. Dieser sieht unter anderem eine verbesserte Finanzierung für kritische Arzneimittel sowie die Prüfung von Instrumenten wie öffentlichen Aufträgen und Leitlinien für staatliche Beihilfen vor.<sup>42</sup>

Die konkreten Massnahmen der einzelnen EU-Mitgliedstaaten zur Vermeidung von Lieferengpässen variieren. In Deutschland ist im Juli 2023 das Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz in Kraft getreten. Es zielt insbesondere auf eine bessere Verfügbarkeit von Kinderarzneimitteln ab, in dem Preisregeln für diese Produkte gelockert wurden. Zudem müssen Antibiotika, deren Wirkstoffe in der EU produziert werden, bei Ausschreibungen bevorzugt werden. Ziel dieser Massnahme ist es, die Anbietervielfalt zu erhöhen. Weitere Massnahmen sind unter anderem eine verbindliche sechsmonatige Bevorratungspflicht von bestimmten Arzneimitteln<sup>43</sup> für

---

<sup>39</sup> European Medicines Agency, [New recommendations to strengthen supply chains of critical medicines](#) [27.08.2025].

<sup>40</sup> European Commission, [HERA Overview](#) [26.08.25].

<sup>41</sup> European Commission, [HERA launches the Critical Medicines Alliance to tackle shortages of critical medicines](#) [27.08.2025].

<sup>42</sup> European Commission, [Critical Medicines Act](#) [26.08.25].

<sup>43</sup> Es handelt sich um rabattierte Arzneimittel, d.h. Arzneimittel, für welche Krankenkassen einen Preisnachlass mit den pharmazeutischen Firmen vereinbart haben (Bundesministerium für Gesundheit, [Rabattverträge](#)).

Pharmaunternehmen, Krankenhäuser und Apotheken sowie der Aufbau eines Frühwarnsystems durch ein verbessertes Monitoring einzelner Wirkstoffe.<sup>44</sup>

In Frankreich müssen Arzneimittelhersteller seit 2021 einen zweimonatigen Vorrat an Arzneimitteln mit wesentlicher therapeutischer Bedeutung halten. Dazu zählen Arzneimittel, deren Fehlen kurzfristig oder mittelfristig die Gesundheit oder sogar das Leben von Patientinnen und Patienten gefährden könnten. Für Arzneimittel, die in den letzten zwei Jahren von regelmässigen Lieferengpässen oder dem Risiko von Engpässen betroffen waren, muss sogar einen Vorrat von vier Monaten gehalten werden.<sup>45</sup> Darüber hinaus ist der Export durch Grosshändler untersagt, wenn die nationale Versorgung gefährdet ist. Auch wurde im Jahr 2021 der Plan «France 2030» gestartet, der gezielt die Forschung und Produktion neuer Arzneimittel fördert. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Rückverlagerung der Herstellung essenzieller Medikamente nach Frankreich – so etwa beim Wirkstoff Paracetamol. Der Staat stellt dabei EUR 50 Mio. bereit.<sup>46</sup>

In Österreich müssen Zulassungsinhaber voraussichtliche Nicht-Lieferfähigkeiten von mehr als zwei Wochen oder eine voraussichtliche eingeschränkte Lieferfähigkeit von mehr als vier Wochen bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln melden. Auf dieser Grundlage kann das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen ein temporäres Exportverbot verhängen, um die nationale Versorgung zu sichern.<sup>47</sup> Ebenfalls wurde in Österreich im Jahr 2024 als Reaktion auf Lieferengpässe eine Pflicht zur Lagerhaltung von relevanten Medikamenten eingeführt. Dazu zählen insbesondere Schmerzmittel, Antibiotika, Medikamente gegen Erkältungssymptome sowie Präparate für chronische Herz-Kreislauf- oder Lungen-Erkrankungen.<sup>48</sup> Pharmafirmen erhalten dabei eine Entschädigung für die Kosten der verpflichtenden Bevorratung, damit wichtige Medikamente nicht aus wirtschaftlichen Gründen vom Markt genommen werden. Darüber hinaus ist der Import nicht zugelassener Arzneimittel zulässig, sofern diese in einem anderen EWR-Staat zugelassen oder hergestellt werden und zur Überbrückung von Engpässen benötigt werden.<sup>49</sup> Des Weiteren wird die Herstellung von Penicillin von der EU-Kommission unterstützt. Dazu hat die Kommission

---

<sup>44</sup> Bundesministerium für Gesundheit, [Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz](#); Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte, [Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz](#) [04.09.2025].

<sup>45</sup> Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, [Mitteilung vom 02.09.2021](#) [04.09.2025].

<sup>46</sup> Ministère de l'économie des finances et de la souveraineté industrielle et numérique. [Reconquête sanitaire, un plan de relocalisation des médicaments essentiels; Une nouvelle stratégie pour lutter contre les pénuries de médicaments](#) [01.10.2025].

<sup>47</sup> Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit, [Arzneimittel & Lieferengpässe](#) [01.10.2025].

<sup>48</sup> Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. [Erhöhte Arzneimittelbevorratung soll Medikamentenengpässe künftig verhindern](#) [02.10.2025].

<sup>49</sup> Parlament Österreich, [Parlamentskorrespondenz Nr. 1398 vom 13.12.2023](#) [21.10.2025].

EUR 28.8 Mio. für die Modernisierung der Penicillinproduktion der Sandoz GmbH gewährt, um die Versorgungssicherheit in der EU zu gewährleisten.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Europäische Kommission, [Pressemitteilung vom 27.07.2023](#) [02.10.2025].

## B Stakeholderinterviews

Tabelle 5: Durchgeführte Interviews

Unternehmen/ Verband/Behörde	Personen	Rollen	Art Interview	Datum Interview
Vereinigung Ärzte mit Patientenapotheke (APA)	Sven Bradke	Geschäftsführer	Mündlich	06.08.2025
Intergenerika	Lucas Schalch	Geschäftsführer	Mündlich	18.08.2025
Prio.Swiss	Christoph Kilchenmann Marianne Eggenberger	Stv. Direktor Projektleitung Amtstarife	Mündlich	18.08.2025
Schweizerischer Apothekenverband (pharmaSuisse)	Jean-Marc Krähenbühl	Vorstandsmitglied	Mündlich	19.08.2025
SwissMedtech	Daniel Delfosse Carina Schaller Christine Chappuis	Stv. Direktor Public Affairs Projektleitung Wirtschaft- und Gesundheitspolitik	Mündlich	19.08.2025
Interpharma	Kathrin Eliasson Tanja Colin	Leitung Zulassung Public Policy Managerin	Mündlich	22.08.2025
Pharmalog	Christoph Amstutz	Präsident	Mündlich	22.08.2025
Bundesamt für wirt- schaftliche Landesver- sorgung (BWL)	Michael Gisler	Programmleitung Versorgungssicherheit Heilmittel	Schriftlich	27.08.2025
pro-salute	Felix Wettstein Erich Tschirky	Präsident Vorstandsmitglied	Mündlich	27.08.2025
Kantonsapothekerverei- nigung (KAV)	Andrea Rizzi	Kantonsapothekerin AG	Mündlich	02.09.2025
Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapo- theker (GSASA)	Enea Martinelli	Chefapotheker fmi Interlaken	Mündlich	03.09.2025
Spitex Schweiz	Patrick Imhof	Leiter Politik	Schriftlich	04.09.2025
Armeeapotheke (LBA)	Gilles Barca	Armeeapotheke	Schriftlich	04.09.2025
Vereinigung der Schwei- zer Kantonstierärztinnen (VSKT)	Judith Röthlisberger	Geschäftsführerin	Schriftlich	08.09.2025
Verband medizinische Laboratorien Schweiz (FAMH)	Thomas Zurkinden	Generalsekretär	Schriftlich	10.09.2025
mfe Haus- und Kinder- ärzte Schweiz	Reto Wiesli	Geschäftsführer	Schriftlich	10.09.2025