

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	<b>23.04.2024</b>
Thema	<b>Keine Einschränkung</b>
Schlagworte	<b>Krankenversicherung</b>
Akteure	<b>Schweizerische Volkspartei (SVP)</b>
Prozesstypen	<b>Keine Einschränkung</b>
Datum	<b>01.01.1965 - 01.01.2021</b>

# Impressum

## Herausgeber

Année Politique Suisse  
Institut für Politikwissenschaft  
Universität Bern  
Fabrikstrasse 8  
CH-3012 Bern  
[www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss)

## Beiträge von

Benteli, Marianne  
Bernath, Magdalena  
Bühlmann, Marc  
Caroni, Flavia  
Heidelberger, Anja  
Hohl, Sabine  
Käppeli, Anita  
Müller, Eva  
Rohrer, Linda  
Schneuwly, Joëlle  
Schnyder, Sébastien

## Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Bernath, Magdalena; Bühlmann, Marc; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Hohl, Sabine; Käppeli, Anita; Müller, Eva; Rohrer, Linda; Schneuwly, Joëlle; Schnyder, Sébastien 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Krankenversicherung, Schweizerische Volkspartei (SVP), 1994 – 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.  
[www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 23.04.2024.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeine Chronik</b>	1
<b>Sozialpolitik</b>	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Ärzte und Pflegepersonal	1
Sozialversicherungen	2
Krankenversicherung	3
Soziale Gruppen	11
Familienpolitik	11
<hr/>	
<b>Parteien, Verbände und Interessengruppen</b>	12
Parteien	12
Grosse Parteien	12
Konservative und Rechte Parteien	13

# Abkürzungsverzeichnis

<b>EJPD</b>	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>BSV</b>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<b>GDK</b>	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
<b>SGK-NR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
<b>OECD</b>	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>EL</b>	Ergänzungsleistungen
<b>FMH</b>	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>SGB</b>	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>SGV</b>	Schweizerischer Gewerbeverband
<b>FH</b>	Fachhochschule
<b>SKS</b>	Stiftung für Konsumentenschutz
<b>IDA FiSo</b>	Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen"
<b>ATSG</b>	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
<b>MiGeL</b>	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
<b>FRC</b>	Fédération romande des consommateurs (Konsumentenschutz der Romandie)
<b>CNG</b>	Christlichnationaler Gewerkschaftsbund (Vorgänger von Travail.suisse)
<b>KVAG</b>	Krankenversicherungsaufsichtsgesetz
<b>SAB</b>	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
<b>KKA</b>	Konferenz der Kantonalen Ärztesellschaften
<b>CLASS</b>	Gesundheitsdirektorenkonferenz der lateinischen Schweiz (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
<b>DVSP</b>	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen
<b>KVV</b>	Verordnung über die Krankenversicherung
<b>HF</b>	Höhere Fachschule
<hr/>	
<b>DFJP</b>	Département fédéral de justice et police
<b>CSSS-CE</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
<b>OFAS</b>	Office fédéral des assurances sociales
<b>CDS</b>	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<b>CSSS-CN</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>PC</b>	Prestations complémentaires
<b>FMH</b>	Fédération des médecins suisses
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>USS</b>	Union syndicale suisse
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>USAM</b>	Union suisse des arts et métiers
<b>HES</b>	Haute école spécialisée
<b>SKS</b>	Stiftung für Konsumentenschutz (Fédération des consommateurs en Suisse alémanique)
<b>IDA FiSo</b>	Groupe de travail interdépartemental "perspectives de financement des assurances sociales"
<b>LPGA</b>	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
<b>LiMA</b>	Liste des moyens et appareils de AOS
<b>FRC</b>	Fédération romande des consommateurs
<b>CSC</b>	Confédération des syndicats chrétiens de Suisse (Prédécesseur de Travail.suisse)

<b>LSAMal</b>	Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie
<b>SAB</b>	Groupement suisse pour les régions de montagne
<b>CCM</b>	Conférence des Sociétés Cantonales de Médecine
<b>CLASS</b>	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
<b>FSP</b>	Fédération Suisse des Patientes
<b>OAMal</b>	Ordonnance sur l'assurance-maladie
<b>ES</b>	écoles supérieures

# Allgemeine Chronik

## Sozialpolitik

### Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

#### Ärzte und Pflegepersonal

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 14.08.2019  
JOËLLE SCHNEUWLY

Zu dem am 20. Mai 2019 in **Vernehmlassung** gegebenen Vorentwurf der SGK-NR **zum indirekten Gegenvorschlag der Pflegeinitiative** gingen bis zum 14. August 2019 insgesamt 152 Stellungnahmen ein. Während die Vorlage von weiten Kreisen grundsätzlich befürwortet wurde, nahmen drei Kantone (SZ, ZG und ZH), die SVP, Economiesuisse, Santésuisse und die Helsana eine ablehnende Haltung ein, die sie unter anderem mit dem Föderalismus oder im Falle von Santésuisse mit einem fehlenden gesetzgeberischen Handlungsbedarf begründeten.

Bezüglich der einzelnen Massnahmen, die von der Kommission vorgeschlagen worden waren, zeigte sich, dass insbesondere die Beiträge der Kantone zu den Ausbildungsleistungen der Spitäler, Pflegeheime und Spitexorganisationen im Allgemeinen sehr gut aufgenommen wurden – dies unter anderem von der GDK, 18 Kantonen, von allen Parteien (ausser der SVP), dem SGV, dem Centre Patronal, aber auch von den Gewerkschaftsdachverbänden, den Leistungserbringenden, Berufsverbänden und Bildungseinrichtungen sowie von Curafutura und drei der Santésuisse angehörigen Versicherern.

Nicht unterstützt wurden von der GDK und 14 Kantonen indes Beiträge für Auszubildende in der Krankenpflege an einer HF oder FH. Dabei stellte für sie vor allem die Verpflichtung der Kantone ein Problem dar; einer Kann-Formulierung würden sie jedoch zustimmen. Mit Ausnahme der FDP.Liberalen und der SVP befürworteten neben allen Parteien auch die Gewerkschaften, alle Leistungserbringende, Berufsverbände und Bildungsinstitutionen die Ausbildungsbeiträge. Gespalten zeigten sich die Versicherer.

Ebenfalls umstritten war die Begrenzung der Gültigkeitsdauer des Gesetzes auf acht Jahre. Während die GDK, 17 Kantone wie auch vier Parteien, die Gewerkschaften, der SGV und eine Mehrheit der Leistungserbringenden sich dagegen aussprachen, weil sie eine zeitliche Limitierung nicht für wirksam hielten, resp. der Ansicht waren, dass das Problem des Fachkräftemangels innerhalb dieses Zeitrahmens nicht gelöst werden könne, unterstützten diejenigen Versicherer, die dem Gegenvorschlag positiv gegenüberstanden, eine solche Begrenzung.

Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmerinnen und -teilnehmer sprach sich für eine gesetzliche Verankerung von bestimmten Leistungen, welche die Pflegefachpersonen selbstständig durchführen dürfen, aus. Es wurden allerdings einige Änderungsvorschläge angebracht. So war es der GDK und 17 Kantonen wichtig, dass Pflegefachkräfte nicht nur in der Lage seien, die pflegerische Grundversorgung in eigener Verantwortung durchzuführen, sondern diese für limitierte Zeiträume selbst auch delegieren zu können. Curafutura, Swica und Visana befürworteten die Einräumung der neuen Kompetenzen, forderten aber eine Vereinbarung der Modalitäten zwischen den Versicherern und den Pflegeverbänden. Die FDP, die Liberalen, die GLP und der SGV wollten, dass ein Zulassungsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen werden müsse. Gutgeheissen wurde die Kompetenzerweiterung im Bereich der Grundpflege von der FMH, für den Bereich der psychiatrischen Grundpflege hingegen sprach sie sich dagegen aus.

Für die beiden Dachverbände der Versicherer, Curafutura und Santésuisse, hatten Leistungsaufträge, die verbindliche Regelungen über die zu erbringenden Ausbildungsleistungen enthalten, im KVG keinen Platz. Bei den Kantonen war die Mehrzahl der Auffassung, dass sie selbst über diese Regelung verfügen können sollten. Leistungserbringende und Berufsverbände wünschten sich eine Verknüpfung solcher Leistungsaufträge mit den von den Kantonen erteilten Betriebsbewilligungen.

Was die Einführung der Vertragsfreiheit von Pflegefachleuten betrifft, so stiess diese bei den meisten Kantonen, den Gewerkschaften, Leistungserbringenden, Berufsverbänden wie auch bei Curafutura und der Visana nicht auf offene Ohren. Wenn es hingegen nach Santésuisse ginge, müssten, falls die Kompetenzen der Pflegefachfrauen und -männern erweitert würden, der Vertragszwang gelockert oder eine Einzelvereinbarung zwischen den Versicherern und den Pflegevertretern getroffen werden.

Die Pflicht, einen Gesamtarbeitsvertrag abzuschliessen, fand abgesehen von den Gewerkschaften, linksgrünen Parteien und Bildungsinstitutionen keine Unterstützung.<sup>1</sup>

## Sozialversicherungen

### Sozialversicherungen

**BERICHT**  
DATUM: 23.12.1997  
MARIANNE BENTELI

Kurz vor Weihnachten stellte das EDI den zweiten Bericht der interdepartementalen Arbeitsgruppe Finanzierung der Sozialversicherung (**IDA-FiSo-2**) der Öffentlichkeit vor. Nachdem der erste Bericht die finanziellen Folgen der Weiterführung des geltenden Leistungssystems in den Jahren 2010 und 2025 dargestellt hatte, wurden mit dem zweiten Bericht die **möglichen Aus-, Um- oder Abbauszenarien im Leistungsbereich** dargestellt. IDA-FiSo-1 war im Vorjahr zum Schluss gelangt, dass im Jahre 2010 15,3 Mia. Fr. mehr nötig sind, um die heutigen Sozialleistungen inklusive Mutterschaftsversicherung zu finanzieren. Der Bundesrat hatte IDA-FiSo-2 daraufhin den Auftrag erteilt, anhand von **drei Szenarien** darzustellen, was getan werden müsste, um den Mehrbedarf auf 9 Mia. Fr. zu beschränken, welche Massnahmen die Fortführung des Status quo fordert und welche die Erhöhung der Ausgaben auf 18 Mia. Fr. Der IDA-FiSo-2-Bericht zeigte den Gestaltungsraum innerhalb der einzelnen Sozialversicherungszweige auf sowie die Auswirkungen für das ganze System, die Versicherten und die Wirtschaft. Bei allen Varianten wurde mit einem finanziellen Mehrbedarf gerechnet.

Sowohl die bürgerlichen Parteien und die Arbeitgeber auf der einen, als auch die SP und die Gewerkschaften auf der anderen Seite sahen sich von den Schlussfolgerungen des Berichtes in ihren Ansichten bestätigt. Die FDP fand, dass jetzt weder ein Ausbau noch die Schliessung von Lücken im sozialen Netz möglich sei. Sie forderte den Bundesrat auf, für die mittel- und langfristigen Aspekte der Finanzierung der Sozialwerke zu einem Gespräch am runden Tisch einzuladen. Die SVP verlangte ein Sanierungspaket, das auf der Leistungsseite zwingende Korrekturen vornehme. Die Arbeitgeber vertraten die Auffassung, dass nur das Szenario "gezielter Abbau" wirtschaftsverträglich sei, und dass im jetzigen Zeitpunkt die Einführung einer Mutterschaftsversicherung nicht zur Diskussion stehen könne. Gegen jeglichen Ausbau war auch der Schweizerische Gewerbeverband; er verlangte unter anderem ein einheitliches Rentenalter von mindestens 65 Jahren, eine Kürzung der Bezugsdauer bei der Arbeitslosenversicherung sowie Kostendämpfungen im Gesundheitswesen.

Ganz andere Schlüsse zogen SP und Gewerkschaften aus dem Bericht. Für die Sozialdemokraten zeigte dieser, dass kein Bedarf für Leistungsabbauszenarien im Sozialversicherungsbereich bestehe und auch ein Moratorium wirtschaftspolitisch nicht zu rechtfertigen sei. Aus dem Bericht sei zudem ersichtlich, dass die Politik in der Ausgestaltung der sozialen Schweiz der nächsten Jahrzehnte einen sehr grossen Spielraum habe. Für den Christlichnationalen Gewerkschaftsbund (CNG) stellte der Bericht eine gute Ausgangslage dar, um die Auseinandersetzungen über die künftige Ausgestaltung der Sozialwerke zu versachlichen. Der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB) hingegen bezeichnete den Bericht als mangelhaft. Er liste unzählige Abbauvorschläge auf und beschränke sich dabei auf die Bezifferung der möglichen Einsparungen. Dabei hätten die Experten vergessen, die Folgen für die Betroffenen darzulegen. SP und SGB verlangten die rasche Realisierung der Mutterschaftsversicherung und der Ruhestandsrente.

Einmal mehr zwischen den Fronten versuchte sich die CVP zu positionieren. Die Partei sprach sich sowohl gegen den Abbau als auch gegen den Ausbau, sondern für den Umbau der Sozialversicherungen auf dem Niveau der heutigen Sozialleistungsquote sowie für eine Mutterschaftsversicherung aus. Sie kritisierte aber, die Arbeitsgruppe sei von zu optimistischen Arbeitslosenquoten (maximal 3,5%) ausgegangen. Sparpotential ortete sie in mehr Eigenverantwortung und in der Missbrauchsbekämpfung.<sup>2</sup>

**MOTION**  
DATUM: 05.10.2001  
MARIANNE BENTELI

Mit einer Motion wollte die SGK des Nationalrates erreichen, dass die **gerichtlichen Verfahren im Krankheits- und Invaliditätsfall gleich ausgestaltet** werden. Der Bundesrat zeigte Verständnis für das Anliegen, das eine Vereinheitlichung im Sozialversicherungsrecht und damit Erleichterungen für die Versicherten anstrebe, wollte aber keinen verbindlichen Auftrag entgegennehmen, da damit Teile des Privatdem Sozialversicherungsrecht unterstellt würden. Zudem müsste eine Neuregelung nicht nur den Kranken- und Unfallversicherungsbereich, sondern auch die berufliche Vorsorge umfassen, die wegen ihrer primär privatrechtlichen Ausgestaltung bewusst von der Koordination durch den ATSG ausgenommen wurde. Um die Fragen vertiefter zu prüfen, wurde der Vorstoss als Postulat überwiesen. Gänzlich abgelehnt wurde hingegen eine Motion der SVP-Fraktion (Mo. 00.3538), die **gleiche**

**Versicherungsleistungen für Krankheit und Unfall** verlangte. Der Bundesrat machte geltend, die beiden Versicherungszweige seien von Natur aus verschieden. Bei der Einführung der an die Erwerbstätigkeit gekoppelten obligatorischen Unfallversicherung habe es sich primär darum gehandelt, die Haftung des Arbeitgebers durch das Versicherungsprinzip abzulösen; die unterschiedliche Entstehungsgeschichte rechtfertige eine ungleiche Behandlung der Betroffenen.<sup>3</sup>

### Krankenversicherung

**INTERPELLATION / ANFRAGE**  
DATUM: 18.03.1996  
MARIANNE BENTELI

Die immer deutlicher werdenden **Vollzugsprobleme beim revidierten KVG** gaben in der Frühjahrsession der eidgenössischen Räte Anlass zu **zahlreichen Vorstössen**. In drei **dringlichen Interpellationen** stellten die Fraktionen der CVP, SP und SVP im Nationalrat eine Reihe von Fragen. Diese betrafen vorab die Prämienentwicklung sowie die kantonalen Prämienverbilligungen (D.l.p. 96.3019 und 96.3025). Von sozialdemokratischer Seite wurde Dringlichkeitsrecht gefordert, um die Kantone zur vollen Ausschöpfung des Prämienverbilligungsvolumens zu zwingen. In der Debatte stimmte zwar die Mehrheit des Rates mit der auch von Bundesrätin Dreifuss geäußerten Meinung überein, dass es nach kaum drei Monaten verfrüht wäre für eine fundierte Kritik des neuen Gesetzes, da insbesondere die teilweise erst geplanten Mechanismen zur Kostendämpfung mehr Zeit bräuchten, um ihre Wirkung zu entfalten. Unwiderrprochen blieb demgegenüber die Feststellung, dass das Gesetz überstürzt – d.h. ohne ausreichende Vorbereitungs- und Anpassungszeit – eingeführt worden sei. Zu vielen unbestimmten Begriffen fehle noch die authentische Interpretation, was zu weiterer Verunsicherung beitrage.<sup>4</sup>

**ANDERES**  
DATUM: 09.11.1996  
MARIANNE BENTELI

Die Krankenversicherung war auch das Hauptthema der **von-Wattenwyl-Gespräche** der vier Bundesratsparteien vor der Wintersession. Die Spitzen von CVP, FDP, SP und SVP waren sich einig, dass trotz Missbehagen in der Bevölkerung das neue KVG nicht schon wieder revidiert werden sollte. Einmal mehr wurde festgestellt, dass man vor dem Inkrafttreten des Gesetzes den Vollzugaufwand unterschätzt habe. Daraus leiteten die Parteien allerdings unterschiedliche Forderungen ab. Während die SP darauf pochte, dass die Kantone die Prämienverbilligungsbeiträge des Bundes vermehrt auslösen und allenfalls dazu gezwungen werden müssten, setzten sich die Bürgerlichen für Zurückhaltung bei der Erweiterung des Leistungsangebots in der Grundversicherung ein und erwogen allenfalls eine Erhöhung der Franchisen. Bundesrätin Dreifuss versprach, das BSV werde inskünftig die Prämien der Krankenkassen nicht nur buchhalterisch kontrollieren, sondern auch für mehr Transparenz bei der Tarifgestaltung sorgen. Sie drohte jenen Kantonen, welche die Bundesbeiträge nicht voll ausschöpfen mit einer Intervention des Bundes, falls nicht mindestens jene Personen in den Genuss von Verbilligungen kämen, denen dies in der Abstimmungskampagne versprochen worden sei.<sup>5</sup>

**VERWALTUNGSAKT**  
DATUM: 24.02.2000  
MARIANNE BENTELI

Der Bundesrat verbot den Krankenkassen, ihren Versicherten im Gegenzug zu höheren Franchisen derart grosse **Prämienrabatte** zu gewähren, dass diese je nach Gesundheitszustand die gewählte **Franchise** mehr als nur aufwiegen können. Der Solidaritätsaspekt (Personen mit gesundheitlichen Problemen können von dieser Entlastung nicht profitieren) wurde mit dieser Weisung höher gewertet als der volkswirtschaftliche Nutzen (Personen mit hohen Franchisen beziehen erfahrungsgemäss weniger Leistungen). Von den Bundesratsparteien kritisierte einzig die SVP diesen Entscheid als „Staatsinterventionismus“ und verlangte, die Krankenkassen sollten frei über die Höhe der Prämienreduktionen bestimmen können.<sup>6</sup>

**VERWALTUNGSAKT**  
DATUM: 11.07.2000  
MARIANNE BENTELI

Zusammen mit elf anderen Behandlungen und Untersuchungen wurden Mitte Jahr die Kosten für die **Heroinabgabe in den Katalog der von den Krankenkassen** zu bezahlenden **Pflichtleistungen** aufgenommen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich das Volk in der Abstimmung vom Juni 1999 explizit für die ärztliche Verschreibung von Heroin ausgesprochen hat. Die Neuregelung umfasst alle medizinischen Leistungen, die in Zusammenhang mit der Abgabe von Heroin sowie dem bereits heute kassenpflichtigen Methadon resp. Buprenorphin (wie Methadon ein Ersatzstoff, jedoch mit kleinerem Suchtpotential) anfallen. Alle weiteren Begleitmassnahmen wie soziale Hilfe, Wohnungs- oder Arbeitsvermittlung sind davon getrennt und verursachen den Krankenkassen keine zusätzlichen Kosten. Diese

Ausdehnung des Leistungskatalogs rief umgehend die SVP auf den Plan. Sie erklärte, wenn Bundesrätin Dreifuss weiterhin einer derart „kostentreibende“ Politik nachgehe, müsse man sich überlegen, dem EDI das Dossier zu entziehen und es entweder dem EJPD resp. dem Gesamtbundesrat oder dem Parlament zuzuweisen. Für ihre Entscheide fand Dreifuss hingegen die Unterstützung der restlichen Bundesratsparteien. Bei den traditionellen Von-Wattenwyl-Gesprächen im November wurde sie aber aufgefordert, zukünftig die **politischen Konsultationen zu intensivieren**, wenn es um Leistungen von grösserer Tragweite geht. Dabei wurde insbesondere an Präparate oder Behandlungen gedacht, die einen Wertestreit auslösen oder einen grösseren Kostenschub zur Folge haben könnten.<sup>7</sup>

**MOTION**  
DATUM: 20.03.2001  
MARIANNE BENTELI

Mit zwei **Motionen** verlangte die SVP-Fraktion die **volle Freizügigkeit resp. Vergünstigungen beim Wechsel der Zusatzversicherungen** (Mo. 00.3542). Der Bundesrat erinnerte einmal mehr daran, dass der Gesetzgeber bei der Ausarbeitung des KVG darauf verzichtet habe, diese dem Sozialversicherungsrecht zu unterstellen, stellte jedoch eine Prüfung im Rahmen der anstehenden Revision des Versicherungsvertragsgesetzes in Aussicht. Auf seinen Antrag wurden die Motionen lediglich als Postulate angenommen.<sup>8</sup>

**PARLAMENTARISCHE INITIATIVE**  
DATUM: 20.09.2001  
MARIANNE BENTELI

Im Vorjahr hatte das EDI angekündigt, die Kosten für die ärztlich verordnete Abgabe von Heroin in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufnehmen zu wollen. Die SVP-Fraktion hatte diesen Entscheid zum Anlass genommen, in einer **parlamentarischen Initiative** zu verlangen, das **Parlament** solle anstelle des EDI den **Grundleistungskatalog** der Krankenversicherung **regeln**. Der Nationalrat hielt diesem Frontalangriff auf Bundesrätin Dreifuss entgegen, die Abgeordneten verfügten nicht über das nötige Wissen und wären nicht imstande, fristgerechte Entscheide zu treffen. Zudem wurde die Befürchtung geäussert, Minderheiten mit schweren chronischen und deshalb teuren Krankheiten hätten im Parlament wegen der fehlenden Lobby nur geringe Chancen, angemessen berücksichtigt zu werden. Die Initiative wurde mit 109 zu 49 Stimmen deutlich abgelehnt.<sup>9</sup>

**VOLKSINITIATIVE**  
DATUM: 10.09.2002  
MARIANNE BENTELI

Die Entwicklungen im Krankenversicherungsbereich, insbesondere die vor allem wegen der Mengenausweitung ständig über der Erhöhung der effektiven Gesundheitskosten liegenden Prämienaufschläge der Krankenkassen gehören heute zu den Hauptsorgen der Bevölkerung. Im Berichtsjahr wurden im Krankenversicherungsbereich **5 Volksinitiativen** lanciert resp. angekündigt, deren Chancen auf Gelingen allerdings recht unterschiedlich einzustufen sind. Ein Westschweizer Komitee, dem als einziger bekannter Politiker Nationalrat Vaudroz (cvp, GE) angehört, startete eine Initiative („Krankenkassenprämien in den Griff bekommen“), die mehr Transparenz bei der Festsetzung der Prämien verlangt. Ebenfalls primär aus der Romandie rekrutiert sich ein weiteres Komitee, das auf Internet eine Volksinitiative „für die Aufhebung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ lancierte. Im Kanton Waadt wurde von der PdA mit Unterstützung der Grünen und einer Gewerkschaft eine Initiative lanciert, die eine kantonale Einheitskasse für die Grundversicherung verlangt. Die Westschweizer Familienbewegung „Mouvement populaire des familles“ verabschiedete im Sommer ein Initiativprojekt für eine nationale **Einheitskasse** mit einkommensabhängigen Prämien in der Grundversicherung. Unterstützung fand sie bei der Grünen Partei der Schweiz, der PdA sowie weiteren Organisationen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich. Die Gesundheitsdirektoren der Westschweiz und des Tessin erklärten, mittelfristig eine öffentliche Einheitskasse für die ganze Schweiz anzustreben, konnten sich aber über die Modalitäten noch nicht einigen. Noch nicht lanciert, aber von den Delegierten mit grossem Mehr angenommen wurde eine Volksinitiative der **SVP** („für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“). Wie der Präsident des Initiativkomitees, der Zürcher Nationalrat Bortoluzzi ausführte, will seine Partei damit gegen den „Zwang zur Überversicherung“ und eine „rücksichtslose Solidaritätsverpflichtung um jeden Preis“ angehen. Neben der ohnehin aufgegleisten Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwischen Versicherern und Leistungserbringern schlug die SVP ihren Delegierten eine **Reduktion der obligatorischen Grundversicherung** auf einen minimalen Standard vor. Was medizinisch nicht dringend notwendig, sondern nur erwünscht ist, soll freiwillig in Zusatzversicherungen versichert werden. Bund und Kantone sollen sich mit 50% an der Finanzierung der Grundversicherung beteiligen. Definitiv gescheitert ist die „miniMax-Initiative“, für welche vor allem die EDU Stimmen sammelte. Auch sie hatte die Zweiteilung der

Grundversicherung in einen reduzierten obligatorischen Leistungskatalog und freiwillige Zusatzversicherungen postuliert.<sup>10</sup>

**VOLKSINITIATIVE**  
DATUM: 28.01.2003  
MARIANNE BENTELI

Mitte Januar lancierte die SVP ihre seit längerem angekündigte **Volksinitiative „für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“** („Prämiensenkungsinitiative“). Mit mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen und einer Straffung des Leistungskatalogs will die SVP die Krankenkassenprämien um 15 bis 20% senken. Sie verzichtete allerdings darauf zu konkretisieren, wo und wie der Leistungskatalog ausgedünnt werden soll, und erklärte, es gehe in erster Linie darum, einen weiteren unnötigen Leistungsausbau zu verhindern. Indem die geltenden Bestimmungen über den Leistungskatalog auf Verfassungsstufe verankert werden, sollen sie mehr Gewicht erhalten; zudem wäre ihre Veränderung dem obligatorischen Referendum mit Volks- und Ständemehr unterstellt. Durch eine Koppelung der Beiträge des Bundes und der Kantone an das Kostenwachstum soll die öffentliche Hand vermehrt in die Verantwortung genommen werden, um verstärkt zu Einsparungen beizutragen. Mit ihrer Forderung nach Aufhebung des Kontrahierungszwangs von Versicherern und Leistungserbringern und Einführung der monistischen Spitalfinanzierung nahm die Initiative Themen auf, die für die 2. oder 3. KVG-Revision schon auf dem Tisch liegen. Die im Vorjahr präsentierte Idee, die Grundversicherung einzuschränken und eine neue, freiwillige Ergänzungsversicherung einzuführen, wurde als zu kompliziert erachtet und deshalb wieder aufgegeben.<sup>11</sup>

**VOLKSINITIATIVE**  
DATUM: 28.07.2004  
MARIANNE BENTELI

Mit dem äusserst knappen Ergebnis von rund 101'000 gültigen Unterschriften wurde die **Volksinitiative** der SVP **„für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“** eingereicht. Die Unterschriften stammten zu grossen Teilen aus den SVP-Hochburgen Zürich, Bern und Aargau, aber auch aus den besonders von hohen Prämien gebeutelten Kantonen Waadt und Genf. Das Volksbegehren verlangt die Vertragsfreiheit zwischen Krankenkassen und Ärzten, eine Straffung des Leistungskatalogs, eine Begrenzung der Beiträge der öffentlichen Hand und mehr Transparenz. Die SVP verspricht sich davon eine Prämiensenkung um rund 20%.<sup>12</sup>

**VOLKSINITIATIVE**  
DATUM: 22.06.2005  
MARIANNE BENTELI

Kurz vor der Sommerpause verabschiedete der Bundesrat seine Botschaft zur SVP-**Volksinitiative „für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“**. Seiner Auffassung nach sind die von der SVP gemachten Vorschläge nicht zielführend, weshalb er dem Parlament beantragte, die Volksinitiative zur Ablehnung zu empfehlen und auch keinen Gegenentwurf auszuarbeiten. Er erachtet die laufende KVG-Reform als indirekten Gegenvorschlag, insofern als das anvisierte Ziel das gleiche ist, aber eine der Situation besser entsprechende und ausgewogenere Lösung bringt.<sup>13</sup>

**VOLKSINITIATIVE**  
DATUM: 25.09.2006  
MARIANNE BENTELI

Der Ständerat befasste sich als erster mit der von der SVP eingereichten **Volksinitiative „Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“**, welche der Bundesrat Ende 2005 dem Parlament zur Ablehnung empfohlen hatte. Die SVP möchte mit ihrer Initiative insbesondere den Katalog der kassenpflichtigen Leistungen straffen. Ausserdem verlangt sie Vertragsfreiheit zwischen Kassen und Ärzten, Beiträge der öffentlichen Hand von höchstens 50% der Kosten an die Krankenkassen und mehr Transparenz. Die Mehrheit der kleinen Kammer schloss sich der Haltung des Bundesrates an. Das Volksbegehren gefährde den sozialen Charakter der Krankenversicherung und sei untauglich zur Problemlösung. Bundesrat Couchepin wies darauf hin, dass die von der Initiative anvisierten Leistungskürzungen unter anderem auch den ganzen Bereich der Prävention betreffen würden. Der Bundesrat wolle keine solchen Abstriche an der Grundversicherung, die zudem kaum kostendämpfend seien.

Eine weniger klare Meinung hatte der Rat in der Frage, ob der Initiative ein **direkter Gegenvorschlag** gegenübergestellt werden soll. Eine knappe Mehrheit der Kommission hatte dies abgelehnt, weil dadurch laufende Projekte im Gesundheitsbereich durch einen Gegenentwurf auf Verfassungsstufe blockiert würden und der ins Spiel gebrachte Text des Gegenvorschlags äusserst vage sei. Auch Bundesrat Couchepin sprach sich dagegen aus. Anderer Meinung war in diesem Punkt Altherr (fdp, AR). Als Sprecher der Kommissionsminderheit machte er sich für den direkten Gegenvorschlag stark. Dieser bringe eine notwendige Klärung zur Kranken- und Unfallversicherung und eine Festlegung der Eckwerte der Gesundheitspolitik auf Verfassungsstufe. Stähelin (cvp, TG)

unterstützte ihn. Die Verfassung enthalte heute keine inhaltlichen Aussagen zur Krankenversicherung. Der Gegenvorschlag gebe ihr klare Konturen, und gleichzeitig würde den laufenden Teilrevisionen ein fester Rahmen gesetzt. Schwaller (cvp, FR) stellte namens der Kommission abschliessend fest, dass die Initiative etwas verspreche, das sie nicht halten könne und keinen Beitrag zur Kostendämpfung leiste. Der Gegenentwurf bleibe in der blossen Deklamation bekannter und bereits angewandter Grundsätze stecken und sei ebenfalls abzulehnen. Die Initiative selber fand keine Unterstützung im Ständerat. Der Antrag der Kommissionsminderheit für einen Gegenvorschlag wurde jedoch mit 24 zu 16 Stimmen angenommen. In der Folge beschloss der Rat eine Fristverlängerung für die Behandlung dieses Geschäftes bis Ende Januar 2008. Gegen den Willen der Linken, die eine zügige Volksabstimmung zur Klärung der Fronten forderte, stimmte auch der Nationalrat mit 105 zu 62 Stimmen der Verlängerung und damit indirekt der Prüfung des Gegenvorschlags zu.<sup>14</sup>

**DIREKTER GEGENVORSCHLAG ZU VOLKSINITIATIVE**  
DATUM: 18.09.2007  
MARIANNE BENTELI

Im Vorjahr hatte sich der Ständerat zwar für die Ablehnung der **Volksinitiative der SVP „Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“** ausgesprochen, gegen den Bundesrat jedoch beschlossen, dem Begehren einen direkten Gegenvorschlag entgegen zu stellen, ohne diesen bereits im Detail auszuarbeiten. Trotz Opposition vornehmlich aus dem links-grünen Lager hatte der **Nationalrat** zugestimmt, den Gegenvorschlag zumindest zu prüfen. Bei der inhaltlichen Debatte zur Volksinitiative zeigte sich, dass diese einzig von der SVP-Fraktion unterstützt wurde. Ruey (lp, VD) sprach von „Etikettenschwindel“ und Maury Pasquier (sp, GE) von „Populismus“. Die Mehrheit des Rates war mit dem Bundesrat und dem Ständerat der Meinung, dass die Initiative den sozialen und solidarischen Charakter der obligatorischen Krankenversicherung aushöhle und eine Zweiklassenmedizin fördere. Die Kommissionsmehrheit beantragte, auch den Gegenvorschlag abzulehnen. Sie vertrat die Ansicht, dass der Gegenvorschlag Entscheide ohne vorgängige Abklärung präjudizieren würde. So würde er neue Modalitäten in der Zusammenarbeit von Bund und Kantonen einführen, die Vertragsfreiheit festschreiben sowie auf eine monistische Finanzierung setzen. Die Kommissionsminderheit warb für den **direkten Gegenvorschlag** und argumentierte, er enthalte zentrale Prinzipien, so etwa dass das Gesundheitssystem in Richtung reguliertem Wettbewerb weiterentwickelt werden müsse. Auch die Sprecher und Sprecherinnen der CVP-, der FDP- und der SVP-Fraktion unterstützten den Gegenvorschlag. Bekämpft wurde er von der Ratslinken sowie von Bundesrat Couchepin. Mit 109 zu 74 Stimmen votierte die grosse Kammer für den direkten Gegenvorschlag.<sup>15</sup>

**MOTION**  
DATUM: 15.09.2009  
LINDA ROHRER

Eine Motion der SVP wollte den Bundesrat beauftragen, eine dringliche Gesetzesrevision vorzulegen, welche die Krankenkassenprämien für das Jahr 2010 auf dem Jahresniveau von 2009 einfriert und gleichzeitig die Vertragsfreiheit zwischen Versicherungen und Leistungserbringern unter Aufsicht von Bund und Kantonen herbeiführt. Der Bundesrat beantragte die Ablehnung der Motion, da er das **Einfrieren der Prämien**, mit welchem das Problem der Prämienhöhungen nur auf die nächsten Jahre hinausgeschoben würde, nicht als sachgerecht betrachtete. Dem folgte auch der Nationalrat und lehnte die Motion mit 128 zu 57 Stimmen ab.<sup>16</sup>

**VOLKSINITIATIVE**  
DATUM: 16.08.2011  
SÉBASTIEN SCHNYDER

L'initiative populaire fédérale « **Financer l'avortement est une affaire privée** – Alléger l'assurance-maladie en réduisant les coûts d'interruption de grossesse de l'assurance de base » a abouti avec 109'597 signatures valables. Le texte prévoit des exceptions en cas de viol et de danger pour les femmes enceintes. Elle a été lancée par des conservateurs chrétiens principalement membres de l'UDC, du PDC, du PLR, de l'UDF et du PEV estimant qu'il y a un potentiel d'économie de 20 millions de francs annuellement sur l'enveloppe de 6,4 milliards des coûts de la santé et un besoin de responsabilisation individuelle. La gauche et le PLR se sont montrés hostiles à l'initiative estimant qu'elle met en danger l'égalité face aux soins. En début d'année, une motion Föhn (udc, SZ) de même teneur avait été rejetée par le Conseil national avec une majorité de 84 voix contre 55, la majorité du groupe UDC et un tiers du groupe PDC l'avait soutenue.<sup>17</sup>

Die **politischen Kampagnen** zur Abstimmung über die Volksinitiative „Für eine öffentliche Krankenkasse“ vom 28. September 2014 begannen schon bald nach der parlamentarischen Beratung in der Frühjahrsession und zogen sich mit grosser Intensität bis zum Abstimmungstermin hin. Die Argumentationslinien verliefen entlang denen in den Räten, wobei sich medial die häufige Beschäftigung der Bevölkerung mit dem Thema in ihrem Alltagsleben und gleichzeitig ein grosser Bedarf nach Faktenwissen abzeichneten. Zahllose Politikerinnen, Gesundheitsexperten, Kadermitglieder der Kassen und Journalistinnen äusserten sich in Interviews, Podien und Kolumnen. Auffallend stark mobilisierte das Thema in der Romandie, die sich bei Volksinitiativen mit ähnlichen Forderungen in der Vergangenheit bereits offener für einen Systemwechsel gezeigt hatte als die Deutschschweiz. Verschiedene Details gaben Anlass zu Diskussionen. So ortete zu Beginn der Kampagne das Gutachten eines St. Galler Rechtsprofessors, in Auftrag gegeben von der Initiativgegnerschaft, einen Fehler im Initiativtext: Da der Text kantonal einheitliche Prämien verlange, wären in Zukunft keine Rabatte für junge Erwachsene und insbesondere keine Kinderprämien mehr möglich. Auch Rabatte bei Hausarzt- oder Telemedizin-Modellen und bei hohen Franchisen wären laut dem Gutachten nicht mehr erlaubt. Die Initianten widersprachen: Es sei zu einer Unklarheit aufgrund ungenauer Übersetzung des ursprünglich in französischer Sprache eingereichten Initiativtexts durch die Bundeskanzlei gekommen. Bei genauer Übersetzung müsse es heissen: „Für jeden Kanton wird eine Prämie festgelegt“, während in der geltenden Übersetzung von einer „einheitlichen“ Prämie die Rede ist. Auch die Höhe der durch die öffentliche Kasse realisierbaren Einsparungen sorgte für Diskussionsstoff. Während die Befürworter von einer Milliarde – mittel- bis langfristig gar von drei Milliarden – sprachen, hielten die Gegner dagegen, man könne höchstens von CHF 350 Mio. an Einsparungen im administrativen Bereich ausgehen, viel wahrscheinlicher jedoch von nur CHF 100 Mio. Bereits im Frühling 2013 hatte sich das Gegner-Komitee „Alliance Santé“ konstituiert, dem rund 100 Parlamentsmitglieder, Vertreter der Leistungserbringer, die beiden grossen Krankenversichererverbände Santésuisse und Curafutura, Patienten- und Konsumentenschutzverbände, der Versicherungs-, der Gewerbe- und der Bauernverband sowie der Pharmaverband Interpharma angehörten. Zwischen Juni und August 2014 formten sich zudem diverse kantonale Komitees. Die Ärzteschaft, der in Abstimmungen zum Gesundheitswesen ein grosser Einfluss zugeschrieben wird, bildete einen Spezialfall: Einige Verbände, unter ihnen der Verband der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, schlossen sich dem Ja-Komitee an, da sie sich von der Einheitskasse eine Minderung des eigenen administrativen Aufwands, mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten und eine bessere Koordination der Behandlungen erhofften. Andere, darunter der Spitalverband H+, befürchteten ein Staatsmonopol in der Medizin mit allfälliger Leistungsrationierung und schlossen sich dem Nein-Lager an. Der Dachverband FMH beschloss aufgrund der internen Divergenzen schliesslich Stimmfreigabe. Seitens der Parteien beschlossen nebst der SP die Grünen, die EVP und die CSP die Ja-Parole, alle anderen grossen Parteien sprachen sich für ein Nein aus. Travail.Suisse schloss sich dem Ja-Lager an. Einige Aufmerksamkeit erhielt die schwierige Rolle des Gesundheitsministers Berset, der im Abstimmungskampf das Nein des Bundesrates zur Initiative seiner eigenen Partei vertreten musste – eine Rolle, die er dem allgemeinen Tenor nach gut erfüllte. Deutlich umstrittener war die Rolle der Krankenversicherer im Abstimmungskampf. Durch ihre Verbände waren sie im Nein-Komitee vertreten und steuerten drei der fünf Millionen Franken zum Kampagnenbudget bei, viele engagierten sich aber auch direkt gegen die Volksinitiative. Bereits früh publizierten diverse Kassen in ihren auflagenstarken Kundenmagazinen Artikel gegen die öffentliche Krankenkasse oder boten in Interviews prominenten Mitgliedern des Nein-Lagers eine Plattform. Vom Initiativkomitee ernteten die Kassen damit umgehend Kritik: Sie würden das Gebot der objektiven, verhältnismässigen und zurückhaltenden Information krass verletzen, das für sie als mit öffentlichen Bundesaufgaben betraute Organe in gleicher Weise wie für staatliche Behörden gelte. Die Kassen hielten dagegen, sie würden auch befürwortenden Stimmen Platz in ihren Publikationen einräumen; zudem würden sie das Geschäft durch und durch kennen und hätten damit die Pflicht, über die Konsequenzen der Initiative zu informieren. Im Juli wurde im Kanton Bern eine Abstimmungsbeschwerde gegen sieben Kassen beim Regierungsrat eingereicht; diese hätten durch ihre nicht objektive und unsachliche Information in ihren Publikationen die Abstimmungsfreiheit verletzt. Der Beschwerdeführer wurde von der SP juristisch unterstützt. Wenige Tage darauf folgten Abstimmungsbeschwerden in den Kantonen Waadt, Genf, Basel-Stadt und Tessin. Allerdings stellte sich schnell heraus, dass die kantonalen Behörden nicht zuständig sind: Da die Beanstandungen kantonsübergreifende Aspekte betreffen, führe der Rechtsmittelweg direkt ans Bundesgericht, so die jeweiligen Antworten. Das daraufhin mit zwei Stimmrechtsbeschwerden angerufene oberste Gericht stellte knapp drei Wochen vor der Abstimmung fest, die Krankenkassen seien bei der vorliegenden

Abstimmung nicht zur sonst erforderlichen Neutralität verpflichtet, da die Vorlage sie in qualifizierter Weise betreffe. Eine sachliche Argumentation und Zurückhaltung beim Einsatz von Werbemitteln und finanziellen Ressourcen könnten dennoch erwartet werden. Das Gericht zweifelte diese Sachlichkeit bei einzelnen Publikationen zwar an. Es führte aber aus, da der Abstimmungskampf intensiv geführt werde und auch das Ja-Lager ausreichend zu Wort käme, würden die Äusserungen der Krankenkassen das Abstimmungsergebnis nicht wesentlich beeinflussen. Auf diverse Punkte der Beschwerden war das Gericht gar nicht eingetreten, da diese als nicht ausreichend begründet angesehen wurden.<sup>18</sup>

**PARLAMENTARISCHE INITIATIVE**  
DATUM: 07.04.2017  
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2017 beriet die SGK-NR einen Vorentwurf zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative Borer (svp, SO) (übernommen von Brand (svp, GR)) zur **Stärkung der Selbstverantwortung im KVG**, gemäss welchem eine Wahlfranchise während dreier Jahre nicht gewechselt werden kann. Dadurch sollen kurzfristige Wechsel zur Grundfranchise bei bekannten anstehenden medizinischen Eingriffen verhindert und die Administrationskosten gesenkt werden. Ein Krankenkassenwechsel der Versicherer wäre unter Beibehaltung der Franchise weiterhin möglich. Die Kommission stimmte dem Vorentwurf mit 17 zu 6 Stimmen zu, eine Minderheit lehnte ihn ab, da dadurch Personen mit chronischen Erkrankungen schlechtergestellt würden. Zudem könnten den Versicherten so durch gesundheitliche oder finanzielle Schwierigkeiten grosse Probleme entstehen.

Im September 2017 schickte die SGK-NR den Vorentwurf in die Vernehmlassung. Dort stiess er bei der SVP, BDP und CVP, sechs Kantonen (AI, BL, NW, SG, UR, ZG), dem Gewerbeverband sowie einzelnen Leistungserbringern und Versicherern auf Zustimmung. Die FDP und GLP sowie vier Kantone (AG, GR, JU, ZH) stimmten zwar mehrheitlich zu, brachten aber auch Vorbehalte an. Die Befürworter lobten, dass die Vorlage die Eigenverantwortung der Versicherten sowie die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken stärke und zur Kostensenkung beitrage. Sie brachten jedoch verschiedene Verbesserungsvorschläge ein: die Beibehaltung von einjährigen Wahlfranchisen mit Option auf mehrjährige Verträge; eine zwei- anstatt dreijährige Mindestdauer der Franchisen; eine jährliche Möglichkeit, in höhere Franchisen zu wechseln sowie eine vorgängige Analyse der Auswirkungen eines solchen Systemwechsels. Trotz ihrer Zustimmung äusserten sie Zweifel, ob durch diese Änderung wirklich ein Effekt der Kostendämpfung beobachtet werden könne. Womöglich würden dadurch mehr Personen die Grundfranchise wählen und sich in der Folge weniger kostenbewusst verhalten. Allenfalls würden die Versicherten dadurch auch mehr Sozialhilfe oder Prämienverbilligungen benötigen, wodurch die Kosten für die Kantone stiegen.

Elf Kantone (AR, BE, FR, GE, GL, NE, OW, SO, TG, TI, VD), die SP, die Grünen sowie zahlreiche Wirtschaftsverbände, Leistungserbringer, Versicherer, Konsumentenvertreter und andere Interessierte lehnten den Entwurf ab. Entweder bezweifelten sie die positive Wirkung der Vorlage auf die Selbstverantwortung der Versicherten, auf die Kosten oder auf den Aufwand für die Versicherer oder sie kritisierten die Einschränkungen der Wahlfreiheit der Versicherten und deren bereits sehr hohe Selbstbeteiligung.

Im April 2018 entschied die SGK-NR mit 11 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen, die Vorlage mit einer kleinen Änderung zu überweisen.<sup>19</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 05.07.2017  
ANJA HEIDELBERGER

Die Schweiz verfügt über eine der höchsten Dichten an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten in der OECD. Zur Beschränkung der Ärztezahl hatte das Parlament 2000 eine zeitlich begrenzte Bedürfnisklausel eingeführt und diese bis 2011 dreimal verlängert. Aufgrund der grossen Zahl an Praxiseröffnungen nach dem Auslaufen der Bedürfnisklausel schränkte das Parlament die Zulassung von Leistungserbringenden 2013 in einem dringlichen Bundesgesetz erneut ein. Nachdem der Nationalrat einen Vorschlag zur langfristigen Steuerung des ambulanten Bereichs in der Schlussabstimmung abgelehnt hatte, musste die Zulassungsbeschränkung 2016 erneut verlängert werden. Gleichzeitig beauftragte das Parlament den Bundesrat, einen neuen Vorschlag zur **Zulassung der Leistungserbringenden** in die Vernehmlassung zu schicken. Diesen Vorschlag basierte der Bundesrat auf den Bericht zur Erfüllung eines Postulats der SGK-SR.

Der Bundesrat schlägt dabei Massnahmen auf drei Interventionsebenen vor. Eine erste Ebene dient der Sicherung der Qualifikation der Leistungserbringenden; dabei sollen Anforderungen an Aus- und Weiterbildung, an das Erlangen von Diplomen sowie an die Anerkennung ausländischer Diplome formuliert werden. Auf einer zweiten Ebene sollen

die Anforderungen an die Leistungserbringenden durch ein formales Zulassungsverfahren mit allfälliger Wartefrist von zwei Jahren, durch einen Nachweis der Qualität der Leistungserbringung sowie durch die Knüpfung der Tätigkeit zu Lasten der OKP an Auflagen erhöht werden. Die Versicherer sollen eine Organisation schaffen, welche über die Zulassungsgesuche entscheidet. Die dritte Interventionsebene beschreibt Massnahmen, die es den Kantonen erlauben, das Versorgungsangebot nach Bedarf zu regeln. Dazu gehören Höchstzahlen an zu Lasten der OKP im ambulanten Sektor tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Zulassungseinschränkungen in Bereichen mit massivem Kostenanstieg.

An der **Vernehmlassung**, die vom 5. Juli 2017 bis zum 25. Oktober 2017 stattfand, beteiligten sich 91 Organisationen. Mehrheitlich einig war man sich über die Notwendigkeit der Zulassungssteuerung, die einzelnen Massnahmen der Vorlage stiessen jedoch auf unterschiedlich grossen Anklang. Klar für die Vorlage sprachen sich die SP, die GDK und CLASS, alle Kantone (ausser AG, GR, JU, LU und TG), die Konsumentenverbände, der Patientenverband DVSP sowie die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Berggebiete (SAB) aus. Die SVP und FDP, die meisten Dachverbände der Wirtschaft, die Versichererverbände, die Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) und die meisten kantonalen und regionalen Ärztegesellschaften lehnten die Vorlage deutlich ab. Gespalten zeigten sich die Verbände der Leistungserbringenden: Einige befürworteten den bundesrätlichen Vorschlag, die meisten sprachen sich allerdings dagegen aus oder kritisierten ihn zumindest stark.

Viel Kritik gab es für den Vorschlag, die Zulassungssteuerung den Versicherern zu übertragen. Dies wurde als erster Schritt zur Aufhebung des Vertragszwangs gewertet. Stattdessen solle die Zulassung von den Kantonen gesteuert werden, argumentierten zahlreiche Akteure. Mehrfach wurde zudem eine Verschärfung der Zulassungskriterien gefordert. Unter anderem sollen Ärztinnen und Ärzte mindestens drei Jahre an schweizerischen Bildungsstätten gearbeitet haben müssen und über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen, bevor sie zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen werden. CVP, FDP und SVP schlugen zudem vor, die Zulassungsbeschränkungen mittelfristig mit einer einheitlichen Leistungsfinanzierung zu verknüpfen.<sup>20</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 28.07.2017  
ANJA HEIDELBERGER

Im Juni 2017 schickte der Bundesrat eine Änderung des KVG in die Vernehmlassung. Da der Anstieg der Gesundheitskosten – jährlich steigen die Vergütungen von medizinischen Leistungen durch die OKP pro Kopf um etwa 4 Prozent – nicht nur durch demografische Faktoren erklärt werden könne, sondern auch auf eine Mengenausweitung zurückzuführen sei, wollte der Bundesrat die **Franchisen regelmässig an die Kostenentwicklung der OKP anpassen**. Durch diese Massnahme, wie sie durch die Motion Bischofberger (cvp, AI; Mo. 15.4157) angeregt worden war, könne die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt werden, erklärte der Bundesrat. Konkret sollen alle Franchisen um CHF 50 erhöht werden, sobald die durchschnittlichen Bruttokosten der Leistungen pro Person mehr als dreizehnmal höher sind als die ordentliche Franchise. Damit soll das maximale Verhältnis von 1:12 zwischen der Höhe der ordentlichen Franchise und den Bruttokosten, wie es bei Einführung des KVG und bei der letzten Erhöhung der Franchisen vorgelegen hatte, gewahrt werden. Somit werden die Zeitabstände der Franchisenerhöhungen von der Kostenentwicklung in der OKP abhängig gemacht. Der Bundesrat rechnete damit, dass eine Bruttokostenhöhe von CHF 3'900 eine erste automatische Erhöhung der Franchisen im Jahr 2020 nötig machen würde.

In der Vernehmlassung, die zwischen Juni und Oktober 2017 stattfand, meldeten sich 65 Organisationen zu Wort. Die Mehrheit der Organisationen – darunter 14 Kantone, die meisten teilnehmenden Parteien (CVP, FDP, GLP und SVP), economiesuisse und der SGV sowie die Verbände der Leistungserbringer – stimmte der Vorlage vorbehaltlos zu. Gelobt wurden insbesondere die Stärkung der Eigenverantwortung und die erwartete dämpfende Wirkung auf den Leistungsbezug.

Auf Ablehnung stiess die Vorlage auf linker Seite: Unter anderem die SP, die Grünen und der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB), aber zum Beispiel auch der Schweizerische Gehörlosenbund und Inclusion Handicap sowie sieben Kantone (BE, FR, NE, SO, TI, VD, VS) lehnten die entsprechende Änderung des KVG ab. Kritisiert wurde, dass durch die Änderung mehr Personen von der Sozialhilfe abhängig würden und dass dadurch sowie durch die höheren Ausgaben der EL die Kosten für Kantone und Gemeinden anstiegen. Die Kritiker der Vorlage bezweifelten überdies, dass die Änderung tatsächlich zu einer Senkung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen würde: Bei den Versicherten mit der Grundfranchise, auf

die sich eine Franchisenerhöhung am stärksten auswirke, würde eine Erhöhung um CHF 50 kaum ins Gewicht fallen, da sie bereits sehr hohe Kosten hätten. Somit würden diese auch kaum ihr Verhalten ändern. Stattdessen untergrabe die Vorlage die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken – wurde kritisiert –, weil diejenigen bestraft würden, die Leistungen beanspruchen müssten.<sup>21</sup>

**VERWALTUNGSAKT**  
DATUM: 14.12.2018  
ANJA HEIDELBERGER

An der **Vernehmlassung zum ersten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** zwischen September und Dezember 2018 beteiligten sich 150 Einheiten und Organisationen, darunter alle Kantone, die sieben grossen nationalen Parteien, der Städte- und der Gemeindeverband, Dachverbände der Wirtschaft, Konsumenten-, Patienten-, Leistungserbringenden- sowie Versichererverbände. Entsprechend breit war trotz Lobes für die Bemühungen des Bundesrates zur Kostensenkung auch die Kritik an dem neuen Projekt. Insbesondere wurde vor Wechselwirkungen mit anderen Revisionen, vor Finanzierungs- oder Versorgungsproblemen sowie vor einer verstärkten Bürokratisierung oder staatlichen Steuerung gewarnt, wie das BAG in seinem Ergebnisbericht erklärte.<sup>22</sup>

**PARLAMENTARISCHE INITIATIVE**  
DATUM: 16.05.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Das neue **Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung** soll präzisieren, zu welchem Zweck und in welcher Form Krankenversicherungen Daten dem BAG übermitteln müssen. Generell sollen die Daten aggregiert weitergegeben werden, lediglich dort, wo dies nicht ausreicht, sollen anonymisierte Individualdaten transferiert werden. Bisher erhielt das BAG anonymisierte Individualdaten über alle Versicherten in der OKP (Efind-Daten) sowie Daten über Prämien und Behandlungskosten (Efind2). Neu sollen aber auch Individualdaten über die Kosten pro Leistungsart und Leistungserbringenden (Efind3), Medikamente (Efind5) und MiGeL (Efind6) weitergeleitet werden können, wobei letztere zwei Datensätze ursprünglich nicht Teil dieser Vorlage waren. Eine Minderheit Stöckli (sp, BE) der SGK-SR hatte jedoch beantragt, sie ebenfalls aufzunehmen. Damit soll die Kostenentwicklung überwacht sowie Entscheidungsgrundlagen zu ihrer Eindämmung entwickelt, eine Wirkungsanalyse sowie Entscheidungsgrundlagen bezüglich des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs erstellt und die Evaluation des Risikoausgleichs sowie die Erfüllung der Aufsichtsaufgaben nach dem KVAG ermöglicht werden. Zudem würde die bisher bestehende Verknüpfung von KVAG und KVG bezüglich der Datenlieferpflicht gelöst.

In der Vernehmlassung stiess die Vorlage auf grossen Anklang bei den Kantonen und der GDK. Einer Mehrheit von ihnen war es wichtig, dass das BAG über die notwendigen Daten verfügt; wo die aggregierte Form nicht ausreichte, müssten entsprechend Individualdaten geliefert werden. Nur so sei eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen möglich. Geteilter Meinung waren die Parteien. Die SP zeigte sich gegenüber der Zielsetzung der Vorlage – der Herstellung von Verhältnismässigkeit bei der Datenweitergabe – skeptisch, da sie es für unerlässlich halte, dass der Bund über die notwendigen Daten verfüge. Die CVP begrüsst die Vorlage weitgehend, während FDP und SVP bezweifelten, dass dem Anliegen des Initiators mit dieser Vorlage genügend Rechnung getragen werde, da zu viele Ausnahmen für die Nutzung von Individualdaten gemacht worden seien. Diese Meinung teilten Curafutura und Santésuisse. Der SGB und das Centre Patronal sowie die Konsumentenverbände SKS und FRC begrüsst den Vorlage und betonten, es brauche diese Angaben zur Verhinderung der Kostensteigerung; die Daten sollten aber anonymisiert und in genügend grosser Anzahl übermittelt werden, um eine individuelle Zuordnung verhindern zu können.

Im August 2019 nahm der Bundesrat Stellung zur Vorlage, die die Kommission nach der Vernehmlassung ohne materielle Änderungen präsentiert hatte. Er begrüsst die Bemühungen der Kommission zur Klärung der gesetzlichen Grundlagen, zumal auch die Expertengruppe zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen Daten im Bereich der OKP für eine effektive Steuerung durch den Bund als notwendig erachtet habe. Er lobte, dass der Entwurf durch die Präzisierung der Aufgaben, für welche die Versicherungen Daten liefern müssen, und durch die Trennung von KVG und KVAG thematisch kohärenter werde. Die von der Kommissionsmehrheit aufgenommenen Punkte erachte er dabei als «absolutes Minimum» und beantragte folglich Zustimmung zum Entwurf. Da ohne die Daten zu Medikamenten und MiGeL aber zahlreiche wichtige Fragen nicht beantwortet werden könnten, sprach er sich überdies für den Minderheitsantrag aus. Der Entwurf beschneide aber die Rechte des Bundes gemäss der KVV im Bereich der

Daten zu Tarmed, erklärte er, weshalb er sich vorbehielt, diesbezüglich noch einmal ans Parlament zu gelangen.<sup>23</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 23.09.2020  
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2020 legte der Bundesrat dem Parlament die **Änderung des KVG bezüglich der Vergütung des Pflegematerials** vor. Ziel der Vorlage war es, in Übereinstimmung mit einer Motion der SGK-NR (Mo. 18.3710) eine einheitliche Vergütung für Pflegematerial, das von der betroffenen Person selbst oder von Laien angewendet wird, und von Pflegematerial, das von Pflegefachpersonen angewendet wird, einzuführen. 2017 hatte das Bundesverwaltungsgericht die Position des Bundesrates bestätigt, wonach gemäss dem bestehenden Gesetz die von Pflegefachpersonen verwendeten Materialien Bestandteil der Pflegeleistung seien und nicht separat verrechnet werden dürften. Die von den Versicherten selbst angewendeten Materialien seien hingegen separat von der OKP zu übernehmen.

Neu sollen die Materialien in drei Kategorien gegliedert werden: Die Kategorie A enthält einfache Verbrauchsmaterialien mit direktem Bezug zu den Pflegeleistungen (z.B. Handschuhe) sowie Material und Gegenstände zum Mehrfachgebrauch für verschiedene Patientinnen und Patienten (z.B. Blutdruckmessgeräte), diese sollen auch zukünftig gemäss den Regeln der Pflegefinanzierung von OKP, Versicherten und Kantonen bezahlt werden. Zur Kategorie B gehören Mittel und Gegenstände für die Untersuchung oder Behandlung einer Krankheit gemäss MiGeL (z.B. Verbandmaterial), diese werden neu unabhängig von der anwendenden Person durch die OKP finanziert. Auch die Materialien der Kategorie C, Mittel und Gegenstände, die nicht von der versicherten Person selbst oder durch eine nichtberuflich mitwirkende Person verwendet werden können (z.B. Heimventilation), werden von der OKP übernommen.

Die Vorlage soll eine Entlastung für Gemeinden und Kantone in der Höhe von jährlich CHF 65 Mio. mit sich bringen und stattdessen die Gesamtkosten der OKP um 0.2 Prozent erhöhen. Da die Höhe des Bundesbeitrags an die Prämienverbilligung 7.5 Prozent der OKP-Bruttokosten beträgt, steigt auch der entsprechende Bundesbeitrag um CHF 4.9 Mio.

Zwischen Dezember 2019 und Februar 2020 fand die **Vernehmlassung** zur Vergütung des Pflegematerials statt. Dabei gingen 126 Stellungnahmen ein. Die Kantone und mit ihnen die GDK sowie die Leistungserbringenden sprachen sich für die Änderung aus. Auch die CVP, EVP, FDP, GLP und SP zeigten sich mehrheitlich zufrieden, äusserten jedoch teilweise Vorbehalte, insbesondere bezüglich der Kostenverlagerung zur OKP. Die SVP lehnte die Vorlage ab, da sie dadurch eine Mengenausweitung ohne qualitative Verbesserung der Pflegeleistungen befürchtete. Auch die Versichererverbände lehnten die Vorlage ab, da sie die höheren Kosten fürchteten.

In der Herbstsession 2020 behandelte der **Nationalrat** die Vorlage. Hatte sich die SVP im Rahmen der Vernehmlassung als einzige Partei noch gegen die KVG-Änderung ausgesprochen, stimmte auch sie der Gesetzesänderung nun zu: Einstimmig mit 189 zu 0 Stimmen nahm der Nationalrat die Vorlage an.<sup>24</sup>

## Soziale Gruppen

### Familienpolitik

**VOLKSINITIATIVE**  
DATUM: 15.08.2011  
ANITA KÄPPELI

Mitte August war die von christlich-konservativer Seite lancierte Volksinitiative **„Abtreibungsfinanzierung ist Privatsache** – Entlastung der Krankenversicherung durch Streichung der Kosten des Schwangerschaftsabbruchs aus der obligatorischen Grundversicherung“ zustande gekommen.<sup>25</sup>

# Parteien, Verbände und Interessengruppen

## Parteien

### Grosse Parteien

**POSITIONSPAPIER UND PAROLEN**  
DATUM: 03.12.1994  
EVA MÜLLER

Bei den eidgenössischen Abstimmungen wich die SVP bei **vier Vorlagen von Bundesrat und Parlament ab**, darunter dem **Kulturartikel und den Blauhelmen**. Das Nein zum Kulturartikel entstand jedoch nur mit Zufallsmehr. Bei den Blauhelmen wichen fünf und beim Kulturförderungsartikel neun Kantonalparteien (von insgesamt 19) von der Mutterpartei ab und stimmten damit für den Parlamentsbeschluss. Als einzige Regierungspartei lehnte die SVP Schweiz auch die leistungsabhängige Schwerverkehrsabgabe und - allerdings wiederum nur durch Zufallsmehr - das Krankenversicherungsgesetz ab. Dem Verbot der Rassendiskriminierung stimmte sie klar zu, sieben Kantonssektionen lehnten es jedoch ab.<sup>26</sup>

**VOLKSINITIATIVE**  
DATUM: 09.09.2001  
MAGDALENA BERNATH

Im September legte die SVP den **Forderungskatalog ihrer geplanten Gesundheitsinitiative** vor. Die Krankenkasse sollte analog der AHV auf einem Dreisäulenmodell aufgebaut sein mit einer obligatorischen Krankenversicherung, die das Minimum abdeckt, einer erweiterten Krankenversicherung als freiwillige, individuelle Ergänzung und einer Zusatzversicherung. Nicht der Bundesrat, sondern das Parlament solle den Leistungskatalog für die obligatorische und die erweiterte Krankenversicherung festlegen.<sup>27</sup>

**POSITIONSPAPIER UND PAROLEN**  
DATUM: 26.08.2002  
MAGDALENA BERNATH

An ihrer Delegiertenversammlung im August beschloss die SVP mit grosser Mehrheit die Ja-Parole zum Elektrizitätsmarktgesetz. Gemäss einer Repräsentativuntersuchung stimmten die SVP-Sympathisanten dann allerdings klar gegen die Elektrizitätsmarktliberalisierung. Im Mittelpunkt der Debatten stand jedoch die geplante **Krankenkasseninitiative "für tiefere Prämien"**. Nachdem der im Januar verabschiedete, auf dem Dreisäulenmodell basierende Entwurf in der über Internet durchgeführten Vernehmlassung abgelehnt worden war, weil er einer unsozialen Dreiklassenmedizin Vorschub leiste, sah die überarbeitete Version des Begehrens die heutige Zweiteilung der Krankenversicherung in einen obligatorischen und einen fakultativen Teil vor. Die Grundversicherung soll nur die absolut notwendigen Leistungen abdecken; der Rest wird, falls gewünscht, über eine Zusatzversicherung bezahlt. Verlangt wird ausserdem die Aufhebung des Vertragszwangs für Ärzte und die Entflechtung der Spitalfinanzierung. Toni Bortoluzzi räumte ein, dass die Volksinitiative im wesentlichen Reformvorschläge aufnehme, welche sich bereits in der parlamentarischen Beratung befinden; im Berichtsjahr ist das Volksbegehren noch nicht lanciert worden.<sup>28</sup>

**VOLKSINITIATIVE**  
DATUM: 17.01.2003  
MAGDALENA BERNATH

Mitte Januar lancierte die SVP ihre **Volksinitiative „für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“** mit dem Ziel, die Krankenkassenprämien um 20% zu senken. Das Volksbegehren verlangt die Einführung der monistischen Spitalfinanzierung und die Aufhebung des Kontrahierungszwanges von Versicherern und Leistungserbringern. Ausserdem sollen die heute auf Gesetzesstufe verankerten Grundsätze für die Festlegung des Leistungskatalogs in der Grundversicherung in die Verfassung geschrieben werden. Aufgegeben wurde die im Vorjahr präsentierte Idee, die Grundversicherung einzuschränken und eine neue, freiwillige Ergänzungsversicherung einzuführen, da sie in einer internen Vernehmlassung auf Widerstand gestossen war.<sup>29</sup>

**VOLKSINITIATIVE**  
DATUM: 29.07.2004  
MAGDALENA BERNATH

Im Juli schaffte es die SVP quasi in letzter Minute, genügend Unterschriften für ihre **Krankenkassenprämienenkungsinitiative** einzureichen. In der Schlussphase hatten sich auch SVP-National- und -Ständeräte beim Unterschriftensammeln auf der Strasse beteiligt.<sup>30</sup>

Ende Jahr zog die SVP ihre **Volksinitiative „Für tiefere Krankenkassenprämien“** zugunsten eines Gegenvorschlages des Parlaments zurück. Die Initiative hatte einen eingeschränkten Leistungskatalog in der Grundversicherung, Vertragsfreiheit zwischen Krankenkassen und Ärzten, eine Begrenzung der öffentlichen Subventionen und mehr Transparenz im Gesundheitswesen gefordert.<sup>31</sup>

### Konservative und Rechte Parteien

Die gewünschte inhaltliche Abgrenzung der BDP von der SVP, von der sie sich 2008 abgespalten hatte, war auch in der **Parolenfassung** zu den eidgenössischen Volksabstimmungen sichtbar. In fünf von zwölf Fällen unterschieden sich nämlich die Empfehlungen der beiden Parteien. Zwar fassten die Delegierten im Januar die gleichen Parolen wie die SVP – drei Nein zu Zweitwohnungsinitiative, Ferieninitiative (jeweils mit grosser Mehrheit bei einer Enthaltung) und Buchpreisbindung (mit 59 zu 41 Stimmen bei einer Enthaltung) und zwei Ja zu Bausparinitiative (mit 69 zu 38 Stimmen bei zehn Enthaltungen) und Geldspielbeschluss – diese Empfehlungen entsprachen aber einer rechtsbürgerlichen Position, da auch die FDP die genau gleichen Parolen fasste. Die Unterschiede zur SVP zeigten sich in der Folge bei der Parolenfassung im Mai in Glarus, wo die Delegierten gegen den Vorschlag des Parteivorstandes mit 100 zu 95 Stimmen zwar wie die SVP ein Nein gegen die Managed Care-Vorlage beschloss, sich mit dem Nein zur Staatsvertrags-Initiative (mit einer Gegenstimme) und der Stimmfreigabe zur Volksinitiative „Eigene vier Wände dank Bausparen“ aber von der SVP-Position unterschied. Auch das Ja zur Jugendmusikförderung und das Nein zur Initiative „Sicheres Wohnen im Alter“ – beide Parolen wurden von der Parteileitung gefasst – grenzte die BDP inhaltlich von der SVP ab. Gleich wie die SVP empfahlen die BDP-Delegierten in Basel allerdings die Initiative „Schutz vor Passivrauchen“ zur Ablehnung. Im Oktober in Genf befürworteten die Delegierten schliesslich das Tierseuchengesetz, das von der SVP zur Ablehnung empfohlen wurde.<sup>32</sup>

- 1) BBI 2019, S. 8015 ff.; Ergebnisbericht Vernehmlassung
- 2) NZZ, 5.7.97; Presse vom 23.12.97; CHSS, 1998, S. 35 ff.
- 3) AB NR, 2001, S. 1436; AB NR, 2001, S. 667f.
- 4) Amtl. Bull. NR, 1996, S. 388 f.; Ausführungen des BR in Amtl. Bull. NR, 1996, S. 645 und 1896 f.; Stellungnahme von zwei Spitzenbeamten des BSV: CHSS, 1996, Nr. 2, S. 85 ff.; Presse vom 27.3.96; Ww, 4.4.96; Kritik der Ombudsstelle: BaZ und NQ, 24.4.96; Postulat Jöri und Motion Zisyadis: Amtl. Bull. NR, 1996, S. 419 ff.; Prämienschub: CHSS, 1996, Nr. 6, S. 317 ff.
- 5) Presse vom 9.11.96; Parteitag der SP; Presse vom 18.11.96.
- 6) CHSS, 2000, S. 82 ff.; Presse vom 24.2. und 14.9.00.
- 7) Presse vom 11.11.00; Presse vom 16.9.00; Presse vom 11.7. und 16.9.00; Presse vom 11.7. und 18.7.00; AZ, 4.10.00
- 8) AB NR, 2001, S. 294ff.
- 9) AB NR, 2001, S. 1103ff.
- 10) BBI, 2002, S. 5121; BBI, 2002, S. 5919ff.; BBI, 2002, S. 785ff.; Lib., 7.2.02.; NZZ, 14.10.02.; NZZ, 27.5.02; WoZ, 30.5. und 21.11.02; Bund, 18.3.02; TA, 10.10.02; Presse vom 14.1., 30.4. und 26.8.; Presse vom 6.2.02.; TA, 14.8.02; 24h, 6.9.02; LT und TG, 10.9.02; TG, 21.10.02.; TA, 15.1.02; NZZ, 8.6.02
- 11) BBI, 2003, S. 422 ff.; Presse vom 17.1.03.
- 12) BBI, 2004, S. 4717 f.; BZ, 22.1. und 30.3.04; TA, 6.7.04; NZZ, 13.7.04; Presse vom 29.7.04.
- 13) BBI, 2005, S. 4315 ff.; CHSS, 2005, S. 306-309; Presse vom 23.6.05.
- 14) AB SR, 2006, S. 717 ff.; AB NR, 2006, S. 1850 ff.
- 15) AB NR, 2007, S. 1219 ff.
- 16) AB NR, 2009, S. 1553.
- 17) FF, 2011, p. 6065 s.; BO CN, 2011, p. 660 ss.; presse du 5.7.11.
- 18) LZ, 5.07.14; SO, 2.3.14; NZZ, 22.3.14; SO, 23.3.14; BZ, 9.5.14; BaZ, NZZ, 24.5.14; NZZ, 30.6.14; Lib, 1.7.14; NZZ, 10.7.14; BZ, 21.7.14; 24h, 23.7.14; NZZ, 29.7.14; CdT, 9.8.14; NZZ, 10.9.14; TA, 15.9.14
- 19) Ergebnisbericht Vernehmlassung; Medienmitteilung SGK-NR vom 18.9.17; Medienmitteilung SGK-NR vom 20.4.18; Medienmitteilung SGK-NR vom 7.4.17
- 20) Erläuternder Bericht vom 5.7.17; Vernehmlassungsbericht vom 9.5.18
- 21) Begleitschreiben zur Vernehmlassung vom 28.6.17; Ergebnisbericht zur Vernehmlassung vom 1.12.17
- 22) Ergebnisbericht zur Vernehmlassung
- 23) BBI 2019, S. 5397 ff.; BBI 2019, S. 5925 f.; Vernehmlassungsbericht vom 29.4.19
- 24) AB NR, 2020, S. 1785 ff.; BBI 2020, S. 4825 ff.
- 25) BBI, 2011, S. 6551 f.; NZZ, 5.7.11
- 26) Parolen 1994
- 27) SoZ, 9.9.01.
- 28) Presse vom 26.8.02.
- 29) Presse vom 17.1.03.
- 30) Presse vom 29.7.04.
- 31) BZ, 22.12.07.
- 32) NZZ, 7.5.12; Medienmitteilung der BDP vom 28.1., 5.5., 25.8. und 20.10.12.