

# Sélection d'article sur la politique suisse

Dossier

**Dossier: 3. Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie  
(LAMal; 2004-2012)**

# Imprimer

## Éditeur

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

## Contributions de

Benteli, Marianne  
Caroni, Flavia  
Meyer, Luzius  
Rohrer, Linda  
Schnyder, Sébastien

## Citations préféré

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Meyer, Luzius; Rohrer, Linda; Schnyder, Sébastien  
2024. *Sélection d'article sur la politique suisse: Dossier: 3. Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal; 2004-2012), 2004 - 2012*. Bern: Année  
Politique Suisse, Institut de science politique, Université de Berne.  
[www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), téléchargé le 20.04.2024.

## Sommaire

Die Räte verabschieden eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes bezüglich Gesamtstrategie, Risikoausgleich und Pflgetarifen (BRG 04.031)	1
Das Parlament regelt die Pflegefinanzierung neu (BRG 05.025)	3
Die Räte verabschieden eine Revision der Krankenversicherung bezüglich der Prämienverbilligung (BRG 04.033)	7
Die Stimmbevölkerung kippt die Vorlage der KVG-Reform Managed Care nach langjähriger Arbeit an der Urne (BRG 04.062)	9
Die Räte verabschieden eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes bezüglich der Spitalfinanzierung (BRG 04.061)	14
Der Bundesrat verabschiedet das Grobkonzept für die Einführung der Versichertenkarte der Krankenversicherung	18
Das Parlament verlängert das dringliche Bundesgesetz zum Einfrieren der Pflgetarife bis Ende 2008 (Pa.lv. 06.427)	18
Die Räte verlängern das Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen (Pa.lv. 07.464)	18

## Abréviations

<b>AHV</b>	Alters- und Hinterlassenenversicherung
<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>SGK-NR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>EL</b>	Ergänzungsleistungen
<b>EVG</b>	Eidgenössisches Versicherungsgericht
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen

---

<b>AVS</b>	Assurance-vieillesse et survivants
<b>CSSS-CE</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
<b>CSSS-CN</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>PC</b>	Prestations complémentaires
<b>TFA</b>	Tribunal fédéral des assurances
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie

# Die Räte verabschieden eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes bezüglich Gesamtstrategie, Risikoausgleich und Pflgetarifen (BRG 04.031)

## Assurance-maladie

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 12.01.2004  
MARIANNE BENTELI

Nur wenige Tage nach dem definitiven Scheitern der 2. Teilrevision des KVG im Nationalrat (Ende 2003) hatte Bundesrat Couchepin seinen Kollegen seine Vorschläge für das weitere Vorgehen unterbreitet. Er regte an, die Revision solle in zwei **Gesetzgebungspakete mit Einzelvorlagen** aufgeteilt werden, um allfällige unheilige Allianzen in Parlament und Öffentlichkeit möglichst zu vermeiden. Als dringlich einer Lösung bedürftig befand Couchepin die Bereiche Spitalfinanzierung, Risikoausgleich, Pflegefinanzierung und Beschränkung der zur Abrechnung über die Grundversicherung zugelassenen Arztpraxen. An einem Treffen Couchepins mit einer Delegation der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren Mitte Januar wurden neben diesen Themen auch die Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die Prämienverbilligung, die Förderung von Managed Care und die Kostenbeteiligung der Versicherten diskutiert. Damit waren die Felder abgesteckt, in welchen der Bundesrat in den kommenden Monaten seine Lösungsvorschläge dem Parlament zu unterbreiten gedachte. Bei den ersten Von-Wattenwyl-Gesprächen der neuen Legislatur fand dieses kapitelweise Vorgehen die Zustimmung der Bundesratsparteien.

Der Ständerat nahm im Einvernehmen mit dem Bundesrat eine Motion Heberlein (fdp, ZH) (03.3644) an, welche die dringlichsten Reformpunkte auflistete. Im Nationalrat wurde eine analoge Motion (03.3673) der FDP-Fraktion bekämpft und deshalb noch nicht behandelt. In einer Studie über den Nutzen des Gesundheitswesens, die zeigen sollte, wie viel die existierende Gesundheitsversorgung den Bezüglern von Leistungen wert ist, kristallisierte sich heraus, dass die Prämienzahlenden am ehesten bei den Medikamenten zu Abstrichen bereit sind (Generika anstatt Originalpräparate), dass die freie Arztwahl aber sakrosankt bleibt. Eine Umfrage ergab zudem, dass die Schweizer Stimmberechtigten keinen Leistungsabbau im Gesundheitswesen wollen, auch wenn viele immer mehr Mühe haben, ihre Prämien zu bezahlen.<sup>1</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 26.05.2004  
MARIANNE BENTELI

Als **erstes Reformpaket** verabschiedete der Bundesrat Ende Mai jene Revisionsteile, die bald auslaufende befristete Regelungen weiterführen resp. ablösen. Zur Verlängerung empfahl er die Spitalfinanzierung sowie den Risikoausgleich; die Rahmentarife in der Pflege sollten neu definiert und dann bis zum Vorliegen einer umfassenderen Regelung eingefroren werden. Zur administrativen Entlastung der Krankenkassen und zur gezielten Hilfe in medizinischen Notfällen schlug er die Einführung einer einheitlichen Versichertenkarte vor (Botschaft 1A). Anstatt einer Neuauflage des Ende Juni 2005 auslaufenden Zulassungsstopps für neue Arztpraxen wollte er bereits in diesem Reformschritt die Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Versicherern und Leistungserbringern vornehmen (Botschaft 1B; 04.032). In zwei weiteren Botschaften wurden die Reformbereiche Prämienverbilligung (Entlastung der Haushalte mit Kindern) und Stärkung der Eigenverantwortlichkeit (Verdoppelung der Kostenbeteiligung der Versicherten) thematisiert (Botschaften 1C, 04.033 und 1D, 04.034). Für die Bereiche, die keinen Aufschub duldeten (Risikoausgleich, Spitalfinanzierung, Kontrahierungszwang) beantragte er für die Herbstsession ein beschleunigtes Verfahren, bei dem beide Kammern eine Vorlage parallel beraten. Das Parlament drosselte dann aber das forsche Tempo des Bundesrates, insbesondere dort, wo es tatsächlich um Neuerungen ging (Kontrahierungszwang, Prämienverbilligung). Die Aufteilung der Revision in Einzelpakete war im Ständerat nicht bestritten. Im Nationalrat verlangte Huguenin (pda, VD) Rückweisung an den Bundesrat mit der Auflage, wieder eine umfassende Gesetzesvorlage auszuarbeiten, da die Aufstückelung den Blick auf das Ganze verwehre; ihr Antrag wurde mit 132 zu 16 Stimmen deutlich abgelehnt.<sup>2</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 26.05.2004  
MARIANNE BENTELI

Wegen des harschen Widerstandes der Kantone gegen die Einführung der dual-fixen Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten der **Spitäler** begnügte sich der Bundesrat damit, für den Moment lediglich eine Verlängerung der 2002 befristet beschlossenen Übergangslösung (kantonaler Sockelbeitrag für Zusatzversicherte in den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern) bis zum Inkrafttreten einer neuen Spitalfinanzierung zu beantragen. Diesem Vorschlag folgte der Ständerat einstimmig. Im Nationalrat verlangte eine Minderheit aus FDP und SVP, die Lösung auch auf die privaten Spitäler auszudehnen, unterlag aber mit 104 zu 72 Stimmen. Mit 152 zu 18 Stimmen hiess der Nationalrat die Weiterführung deutlich gut. Beide Kammern nahmen die Dringlichkeitsklausel an, der Ständerat einstimmig und der Nationalrat mit nur 7 Gegenstimmen aus der SVP.<sup>3</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 21.09.2004  
MARIANNE BENTELI

Zu den meisten Diskussionen zwischen den Kammern führte die neu zu schaffende elektronische **Versichertenkarte**, mit welcher die administrativen Abläufe vereinfacht werden sollen. Der Ständerat reicherte den Vorschlag des Bundesrates in drei Punkten an. Insbesondere bezog er sich bereits auf die geplante, vom Bund zu vergebende Sozialversicherungsnummer. Er bestimmte weiter, der Bundesrat müsse die interessierten Kreise anhören. Zudem listete er die persönlichen Daten (Blutgruppe, Krankheiten, Organspendervermerk etc.) auf, welche auf der Karte gespeichert werden sollten. Gegen diese Bestimmung meldete David (cvp, SG) aus datenschützerischer Sicht Bedenken an, stellte aber keinen Antrag, weshalb die Versichertenkarte in ständerätlicher Form stillschweigend angenommen wurde. Dem Nationalrat lag ein Antrag der Kommissionsmehrheit vor, noch etwas weiter zu gehen als der Ständerat. So sollte nicht nur eine Benutzerschnittstelle für die Rechnungsstellung geschaffen, sondern auch der Zugang zu einer elektronischen Krankengeschichte ermöglicht werden, womit die Versichertenkarte eine eigentliche Gesundheitskarte geworden wäre, die beispielsweise auch Mehrfachbehandlungen vermeiden könnte. Dagegen, aber auch gegen den Ausbau durch den Ständerat, regte sich Widerstand. Eine Minderheit um Hassler (svp, GR), die Zustimmung bei der FDP fand, schlug eine wesentlich allgemeinere Formulierung ohne Schnittstelle zum Patientendossier vor und verzichtete insbesondere auf eine Aufzählung der gespeicherten Daten. Ein Einzelantrag Teuscher (gp, BE) wollte aus datenschützerischen Gründen den ganzen Artikel streichen. Ihr Ansinnen wurde mit 140 zu 18 Stimmen abgelehnt, der Antrag der Minderheit, welcher auch die Unterstützung des Bundesrates fand, mit 99 zu 61 Stimmen angenommen. Die Mehrzahl der Gegenstimmen kam von der SP, deren Vertreter entgegen der Stellungnahme ihres Sprechers am Schluss die Gesundheitskarte doch überwiegend ablehnten. Der Ständerat schloss sich im Grundsatz der moderateren Formulierung an. Da aber im Antrag Hassler die Sozialversicherungsnummer und die Anhörung der interessierten Kreise vor der Einführung der Karte nicht mehr enthalten waren, hielt er in diesen Punkten an seiner ersten Version fest, worauf sich der Nationalrat hier anschloss.<sup>4</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 21.09.2004  
MARIANNE BENTELI

Beim **Risikoausgleich** unter den Krankenkassen, der nach geltender Regelung nur Alter und Geschlecht der Versicherten berücksichtigt, beantragte der Bundesrat, diesen um fünf Jahre (bis Ende 2010) zu verlängern und dann allenfalls eine Neuregelung anzustreben. Im Ständerat unterlag ein Antrag Sommaruga (sp, BE) für eine Weiterführung um lediglich zwei Jahre, da dringender Anpassungsbedarf bei den Kriterien gegeben sei, mit 31 zu 7 Stimmen deutlich. Die Ratsmehrheit vertrat die Auffassung, eine Überprüfung müsse vertieft erfolgen, weshalb zwei Jahre nicht ausreichend seien. Im Nationalrat beantragte die Mehrheit der Kommission, der Verlängerung zwar zuzustimmen, den Bundesrat aber per Gesetz zu beauftragen, bis Ende 2006 einen Vorschlag für einen wirkungsvolleren Risikoausgleich vorzulegen. Eine Kommissionsminderheit aus SVP und FDP setzte, wenn auch knapp mit 85 zu 82 Stimmen, vorbehaltlose Zustimmung zu Bundes- und Ständerat durch. Mit 113 zu 38 Stimmen und im Einvernehmen mit dem Bundesrat nahm der Rat aber ein Postulat seiner SGK (04.3440) an, mit dem der Bundesrat eingeladen wird, innert der Geltungsdauer des befristeten Bundesbeschlusses neue Varianten zum Risikoausgleich zu prüfen.<sup>5</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 21.09.2004  
MARIANNE BENTELI

Seit 1998 gelten im Spitex- und Pflegeheimbereich Rahmentarife für jene Leistungen, die über die obligatorische Krankenversicherung abgerechnet werden. Diese unterstehen dem Tarifschutz, es sei denn, die Institutionen könnten tatsächlich zusätzliche Kosten nachweisen. Pflegeheime, die ihre Kosten transparent darlegen, dürfen höhere Tarife verlangen. Als Folge der zunehmenden Transparenz in der Kostenrechnung wurde ein Tarif- und Kostenschub für die Versicherer befürchtet. Der Bundesrat beantragte deshalb, die Rahmentarife in den oberen Pflegebedarfsstufen zu erhöhen, weil sie sich als unbestritten zu tief angesetzt erwiesen hatten, gleichzeitig aber das System weiter zu führen und die Ansätze bis zur Neuordnung der Pflegefinanzierung nicht mehr nach oben anzupassen. Das **Einfrieren der Pflegetarife** war vom Bundesrat als Übergangsbestimmung angelegt. Die Kommission des Ständerates machte aber eine eigenständige Vorlage daraus und fügte die Bestimmung ein, dass der Bundesrat die Tarife der Teuerung unterstellen kann. Die kleine Kammer stimmte diskussionslos und einstimmig zu. Im Nationalrat beantragte eine SP-Minderheit Nichteintreten. Sie argumentierte, das Einfrieren sei ein ungerechtfertigtes Entgegenkommen an die Versicherer und verhindere lediglich, dass in nützlicher Frist grundlegende Änderungen an die Hand genommen werden. Der Antrag wurde mit 98 zu 61 Stimmen verworfen. In der Detailberatung verlangte die gleiche Minderheit, allerdings unterstützt von Fasel (csp, FR) und Egerszegi (fdp, AG), einen anderen Berechnungsmodus für die Tarife. Bei schweren Fällen sollten die Tarife nicht einfach eingefroren, sondern aufgehoben werden, da sonst die Kranken und das Pflegepersonal stärker belastet würden. Auch dieser Antrag wurde mit 107 zu 67 Stimmen abgelehnt. Der Bundesbeschluss wurde mit 115 zu 71 Stimmen angenommen. Die Nein-Stimmen stammten von den geschlossenen Fraktionen der SP und der GP. Die Dringlichkeit wurde vom Ständerat einstimmig angenommen, vom Nationalrat mit 103 zu 57 Stimmen.<sup>6</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 21.09.2004  
MARIANNE BENTELI

In einer weiteren Botschaft schlug der Bundesrat die **Aufhebung des Kontrahierungszwangs** zwischen Ärzteschaft und Krankenversicherern nach dem im Vorjahr vom Parlament gutgeheissenen Modell vor. Danach bestimmen die Kantone die für die Versorgungssicherheit ihrer Bevölkerung notwendige Anzahl der Ärzte und Ärztinnen jeder Sparte, und die Versicherer werden verpflichtet, mit mindestens dieser Anzahl von Arztpraxen Verträge abzuschliessen (Botschaft 1B). Die Kommissionen beider Kammern kamen aber im Laufe des Sommers zur Ansicht, bei der Vertragsfreiheit stellten sich noch zu viele offene Fragen, weshalb ein vorschnelles Vorgehen riskant wäre. Zudem sei es sinnvoller, diese Thematik gemeinsam mit der Vorlage zu den Managed Care-Modellen zu behandeln. Um dennoch eine gewisse Bremswirkung in diesem Bereich zu haben, nahmen sie eine Kompetenzdelegation an den Bundesrat in die Vorlage 1A auf, den Mitte 2005 auslaufenden Zulassungsstopp für neue Arztpraxen um weitere drei Jahre zu verlängern. Der Ständerat stimmte diskussionslos zu. Im Nationalrat wollte die bürgerliche Mehrheit der Kommission die **Verlängerung des Zulassungsstopps** an die Verpflichtung zur Lockerung des Kontrahierungszwangs koppeln, ohne diese im Detail zu umschreiben, unterlag aber mit 100 zu 60 Stimmen einem Antrag Cavalli (sp, TI), in der Frage des Vertragszwangs kein Präjudiz zu schaffen und deshalb der rein zeitlichen Vorgabe des Ständerates zu folgen. Ein Antrag Ruey (lp, VD), die Bestimmung ganz zu streichen und damit die Zulassung neuer Leistungserbringer wieder völlig offen zu lassen, wurde mit 131 zu 31 sehr deutlich abgelehnt. Dieser Teil des Pakets wurde vom Ständerat einstimmig verabschiedet, vom Nationalrat mit 162 zu 16 Stimmen.<sup>7</sup>

## Das Parlament regelt die Pflegefinanzierung neu (BRG 05.025)

### Assurance-maladie

Für die **Neuordnung der Pflegefinanzierung** will der Bundesrat im Rahmen der KVG-Revision eine separate Botschaft mit dem Ziel einer ausgewogeneren Verteilung der Lasten unter Einbezug aller Sozialversicherungen unterbreiten, die losgelöst von den beiden ersten Paketen behandelt werden soll. Er gab im Juni zwei Modelle in die Vernehmlassung, welche zur Lösung der finanziellen und sozialpolitischen Probleme, die im Pflegebereich zunehmend anstehen, beitragen sollen. Die Modelle unterscheiden sich in der Definition der kassenpflichtigen Leistungen, sehen aber beide eine Stabilisierung der Krankenversicherungsausgaben sowie Verbesserungen bei

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 23.06.2004  
MARIANNE BENTELI

den Ergänzungsleistungen vor. Konkret sollen damit die Krankenversicherer keine Zusatzbelastung erfahren, sondern die Kantone und Patienten für die zunehmenden Langzeitpflegekosten aufkommen.<sup>8</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 16.02.2005  
MARIANNE BENTELI

Als letztes Reformpaket der in Teilschritten vorgenommenen 3. KVG-Revision präsentierte der Bundesrat im Februar seine **Vorschläge zur Finanzierung der Langzeitpflege**, welche vor allem bei älteren Seniorinnen und Senioren zum Tragen kommt. Die Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgt zwei Reformziele, die sich teilweise widersprechen. Zum einen soll die schwierige finanzielle Situation von minderbemittelten Pflegebedürftigen entschärft werden, zum anderen geht es darum, die Krankenversicherungen nicht mit den Folgen der demographisch bedingten Explosion der Pflegekosten zu strapazieren. Langfristig dürfte das neue Finanzierungsmodell eine stärkere Belastung der privaten Haushalte und der kantonalen Ergänzungsleistungen bringen, andererseits aber eine Entlastung der Sozialhilfe zur Folge haben. Die Krankenversicherung soll deutlicher auf ihre eigentliche Kernaufgabe, die Vergütung medizinischer Leistungen, konzentriert werden; an die etwas „medizinfernere“ Grundpflege hätten die Krankenkassen bloss noch einen Pauschalbetrag auszurichten. Damit sollen die Kosten der Versicherer auf die etwa CHF 1,4 Mrd. begrenzt werden, die sie heute über die noch bis Ende 2006 geltenden Rahmentarife für die Pflegeleistungen in Heimen sowie im Rahmen der Spitex aufwenden. Als sozialpolitische Kompensation dieser Mehrbelastung der Pflegebedürftigen schlug der Bundesrat neu die Einführung einer AHV-Hilflosenentschädigung bereits bei einer leichten Einschränkung der Selbständigkeit sowie einen erleichterten Zugang zu den Ergänzungsleistungen vor.

Die Vorschläge des Bundesrates stiessen in den Kantonen weitgehend auf Ablehnung. Sie kritisierten die Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege. Diese Trennung sei sinnlos und in der Praxis nicht umsetzbar. Sie sprachen sich für eine Unterscheidung in Akut- und Langzeitpflege aus. Zudem möchten sie zwischen der Pflege in Heimen und der Pflege zu Hause differenzieren. Die Krankenversicherungen sollen nach der Vorstellung der Kantone etwa die Hälfte der Kosten für die Pflege in Heimen übernehmen; der Rest würde von der öffentlichen Hand über die Ergänzungsleistungen sowie durch Eigenleistungen der besser situierten Versicherten getragen. Die Kosten für die Betreuung zu Hause (Spitex) müssten die Versicherer nach dem Willen der Kantone vollständig vergüten.<sup>9</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 19.09.2006  
MARIANNE BENTELI

Die Kostensteigerungen und die mangelnde Kostentransparenz im Pflegebereich hatten 1998 dazu geführt, dass als Übergangslösung zeitlich befristete Rahmentarife für Pflegeleistungen eingeführt worden waren. Um diese Zwischenlösung durch eine definitive Regelung zu ersetzen, hatte der Bundesrat 2005 eine **Neuordnung der Pflegefinanzierung** vorgeschlagen. Demnach sollten medizinisch bedingte Leistungen vollumfänglich von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden; im Gegenzug sollten die Versicherer nur noch einen Beitrag an die Grundpflege zu leisten haben. Die dadurch längerfristig resultierende finanzielle Mehrbelastung der Pflegebedürftigen sollte durch einen erleichterten Zugang zur Hilflosenentschädigung der AHV und zu den EL kompensiert werden.

Gleich wie schon bei der Spitalfinanzierung erarbeitete die SGK-SR auch hier eine alternative Lösung. Anstatt zwischen Grund- und Behandlungspflege zu unterscheiden, sollen die von der obligatorischen Grundversicherung zu vergütenden Pflegekosten vom Bundesrat bezeichnet und gestützt darauf nach Pflegebedarf abgestufte Frankenbeträge festgelegt werden. Insgesamt soll die Gesamtbelastung der Krankenversicherer von heute CHF 1,4 Mrd. dadurch nicht verändert werden. Wie die Restbeträge finanziert werden, sollen die Kantone entscheiden. Zustimmung fand der Vorschlag des Bundesrates, bereits bei einer Hilflosigkeit leichten Grades eine Hilflosenentschädigung auszurichten sowie die Aufhebung des Höchstbetrages für den Bezug von EL im Fall der Pflegebedürftigkeit.

Im Plenum wurde in der Herbstsession weiter am Entwurf gefeilt. Eine Kommissionsmehrheit wollte die Freibeträge bei Einkommen und Liegenschaftswert für den Bezug von Ergänzungsleistungen erhöhen; die EL-Bezüger sollten ihr Vermögen nicht derart verzehren müssen, dass sie im Extremfall zu Sozialhilfebezügern werden und auch ihr Haus verkaufen müssen. Mit Rücksicht auf die Globalbilanz des NFA votierte eine Minderheit erfolgreich für ein Verbleiben bei den heutigen Ansätzen und



setzte sich mit 24 zu 19 Stimmen durch. Mit einem Minderheitsantrag verlangte Leuenberger (sp, SO), den Beitrag der Versicherten gesetzlich auf höchstens 20% zu begrenzen. Forster (fdp, SG) erklärte namens der Kommissionsmehrheit, dass man nicht von Bundesseite her festlegen wolle, wer wie viel der Restkosten zu bezahlen habe; dies sei Sache der Kantone und Gemeinden. Mit 28 zu 10 Stimmen wurde der Antrag der Minderheit abgelehnt. In der Gesamtabstimmung hiess der Rat das Gesetz mit 28 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen gut.<sup>10</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 21.06.2007  
MARIANNE BENTELI

Gleich wie bei der Spitalfinanzierung hatte der Ständerat auch bei der Neuregelung der **Pflegefinanzierung** eine gegenüber den Vorschlägen des Bundesrates eigenständige Lösung erarbeitet. Bei der Behandlung im Nationalrat führte die Kommissionssprecherin aus, in der Kommission sei in erster Linie die Frage umstritten gewesen, wie weit die Krankenversicherer finanziell zusätzlich belastet werden dürften, wobei die Schätzungen je nach Warte weit auseinander liegen; allerdings seien sich alle einig gewesen, dass die Belastung der Patientinnen und Patienten durch Pflegeleistungen berechenbar und begrenzt sein müsse und es nicht angehe, dass Menschen allein wegen ihrer Pflegebedürftigkeit zu Sozialfällen werden. Diese Stossrichtung wurde von allen Fraktionen unterstützt und zog sich durch alle Beschlüsse hinweg. Anders als der Ständerat, wo ein entsprechender Minderheitsantrag aus der SP verworfen worden war, beschloss die grosse Kammer, bereits im Gesetz festzuhalten, dass die **Beteiligung der Pflegebedürftigen** an den nicht durch die Krankenversicherung gedeckten Kosten höchstens 20% sein dürfe (rund CHF 7'000); die kleine Kammer hatte die Festlegung dieses Höchstansatzes den Kantonen überlassen wollen. Ein Antrag Goll (sp, ZH), den Selbstbehalt der Patientinnen und Patienten auf CHF 3'600 zu senken, unterlag mit 95 zu 61 Stimmen. Eine weitere Differenz zum Ständerat schuf der Nationalrat durch die Anhebung der Freigrenzen für den Anspruch auf Ergänzungsleistungen (EL). Diskussionslos folgte er den Anträgen der Kommission und erhöhte die Vermögensfreigrenze von CHF 25'000 für Alleinstehende auf CHF 37'500 und von CHF 40'000 auf CHF 60'000 für Ehepaare. Gleichzeitig wurde neben dem ersparten Vermögen auch das selbst bewohnte Wohneigentum besser geschützt und der entsprechende Freibetrag von CHF 75'000 auf CHF 112'500 angehoben. Damit soll vermieden werden, dass Leute ihr Haus oder ihre Wohnung verkaufen und in eine vielleicht teurere Mietwohnung ziehen müssen, um die Pflegekosten bezahlen zu können. Ebenfalls in Abweichung zum Ständerat beschloss der Nationalrat, die Kantone zu verpflichten, EL in dem Mass auszurichten, dass keine Person wegen ihrer Pflegebedürftigkeit auf Sozialhilfe angewiesen ist; ein Minderheitsantrag Hassler (svp, GR), auf diesen Passus zu verzichten, wurde mit 85 zu 79 Stimmen abgelehnt. Auch anders als der Ständerat beschloss der Nationalrat diskussionslos eine Differenzierung der einzelnen Pflegeleistungen. Statt wie vom Bundesrat vorgeschlagen und vom Ständerat abgelehnt, zwischen einer Behandlungs- und einer Grundpflege zu unterscheiden, gliederte die grosse Kammer die Leistungen nach Akut- und Übergangspflege sowie Langzeitpflege. Die Kosten für die Akut- und die Übergangspflege müssen gemäss Nationalrat von den Krankenversicherungen übernommen werden. In der Gesamtabstimmung wurde die Vorlage mit 151 zu 2 Stimmen angenommen.<sup>11</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 25.09.2007  
MARIANNE BENTELI

In der **Differenzbereinigung** folgte der **Ständerat** in der Frage der Kostenbegrenzung für die Patienten oppositionslos dem Nationalrat und fixierte die Beiträge auf 20% der von der Krankenversicherung nicht gedeckten Kosten. Allerdings wollte der Ständerat im Gegensatz zum Nationalrat nicht verbindlich regeln, dass die Kantone die restlichen Kosten übernehmen müssen. Bei der Anhebung von verschiedenen Vermögensgrenzwerten bei den EL schloss sich der Ständerat dem Nationalrat an. Für die Verhinderung einer möglichen Sozialhilfeabhängigkeit für Personen, die sich in einem Pflegeheim aufhalten, wählte der Ständerat eine **weniger verbindliche Formulierung** als der Nationalrat. Die Kantone haben demnach dafür zu sorgen, dass „in der Regel“ durch diesen Aufenthalt keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird. Bei der Anspruchsberechtigung für eine mittlere oder schwere Hilflosenentschädigung beschloss der Ständerat anders als der Nationalrat mit 25 zu 5 Stimmen an einer einjährigen Karenzfrist festzuhalten. Eine ausführliche Debatte ergab sich rund um die Frage, ob den Krankenpflegeversicherungen sämtliche Kosten für eine ärztlich angeordnete Akut- und Übergangspflege angelastet werden sollen, wie es der Nationalrat beschlossen hatte. Eine Kommissionsmehrheit lehnte dies ab: Man wolle keine finanzielle Sonderbehandlung für die Übergangspflege, die über Prämien finanziert werden müsse; zudem würden nicht die Patienten, sondern die Kantone von

einer solchen Lösung profitieren. Eine Kommissionsminderheit argumentierte dagegen, dass das neue System der Spitalfinanzierung über Fallpauschalen die Spitalaufenthalte verkürzen werde. Nach dem Spitalaustritt hätten viele Personen einen hohen Pflegebedarf, dieser sei krankheitsbedingt und daher von der Krankenversicherung zu übernehmen. Der Rat folgte mit 26 zu 12 Stimmen der Kommissionsmehrheit und hielt an seiner ursprünglichen Fassung fest, wonach die Krankenversicherung lediglich einen **Beitrag** an die Pflegeleistungen beizusteuern habe. Weiter lehnte der Ständerat die vom Nationalrat beschlossene automatische Anpassung der Pflēgetarife gemäss Mischindex (dem Mittel von Lohn- und Preisentwicklung) mit 23 zu 8 Stimmen ab, um damit keine präjudizierende Wirkung auszulösen.<sup>12</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 04.12.2007  
MARIANNE BENTELI

In der weiteren Differenzbereinigung hielt der **Nationalrat** beim Anspruch auf eine Entschädigung für eine schwere oder mittlere Hilflosigkeit einhellig an seinem Beschluss fest, auf eine einjährige Karenzfrist zu verzichten. Bei den ärztlich verordneten Pflegeleistungen beharrte der Rat mit 95 zu 75 Stimmen auf der Ergänzung, wonach die Krankenkassen auch Beiträge an die Pflege in Einrichtungen mit ambulanten Tages- oder Nachtstrukturen zu leisten haben. Umstritten blieb die Frage, in welchem Ausmass die Krankenversicherer die Kosten der ärztlich verordneten **Akut- und Übergangspflege** zu übernehmen haben. Die Kommissionsmehrheit beantragte, am ursprünglichen Beschluss des Rates und damit an der vollen Übernahme festzuhalten. Die Minderheit schlug vor, in diesem Punkt den gleichen Kostenverteiler wie bei der Spitalfinanzierung anzuwenden, was bedeutet, dass die Versicherer 45% der Kosten übernehmen müssen und die Kantone 55%. Bei einer vollen Kostenübernahme durch die Kassen, wurde gemahnt, sei ein starker Prämienschub zu befürchten. Der Nationalrat stimmte mit 116 zu 58 Stimmen der Minderheit zu. Bei den Pflegebeiträgen beharrte er nicht mehr auf der automatischen Anpassung an die Lohn- und Preisentwicklung (Mischindex). Auf Antrag der Kommission beschloss er, dass der Bundesrat alle zwei Jahre die Beiträge an die Entwicklung der Pflegekosten anzupassen habe. Bei der Restfinanzierung der über die 20% hinausgehenden Kosten akzeptierte der Nationalrat den Entscheid des Ständerats, wonach die Kantone diese Frage regeln müssen. Schliesslich schloss sich der Rat oppositionslos der Ständeratsformulierung an, wonach durch den Aufenthalt in einem Pflegeheim „in der Regel“ keine Sozialhilfeabhängigkeit entstehen soll. Die noch nicht bereinigten Differenzen blieben bis über das Jahresende hinaus bestehen.<sup>13</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 04.03.2008  
LINDA ROHRER

Nachdem das **Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung** bereits je zwei Mal im Ständerat und im Nationalrat behandelt worden war, hatte der Ständerat im Berichtsjahr immer noch vier inhaltliche Differenzen zu behandeln. Die Kommission beantragte, aus Kostengründen in allen Punkten an den ursprünglichen Beschlüssen festzuhalten. Ohne Diskussion beschloss der Ständerat daraufhin, eine einjährige Karenzfrist für den Anspruch auf eine Entschädigung beizubehalten. Die periodische Anpassung der Pflegebeiträge der Krankenversicherung an die Pflege, welche der Nationalrat vorgeschlagen hatte, sollte ebenfalls gestrichen werden. Der Ständerat beharrte ebenso darauf, dass der Übergang zur neuen Pflegefinanzierung kostenneutral erfolgen soll. Einzig um die Frage der Finanzierung der ärztlich verordneten Akut- und Übergangspflege entstand eine längere Diskussion. Die Kommissionsmehrheit wollte am Modell 60% Krankenversicherung, 20% öffentliche Hand und 20% zulasten der Patienten festhalten und damit den vom Nationalrat vorgeschlagenen Kostenverteiler ablehnen. Eine Kommissionsminderheit Maissen (cvp, GR) plädierte hingegen dafür, den Kostenverteiler des Nationalrates zu übernehmen (55% Kantone und 45% Krankenversicherer). Die Minderheit argumentierte damit, dass es richtig sei, wenn die Übergangspflege gleich finanziert werde wie die spitalinterne Behandlung. Die Mehrheit der Kommission sprach sich hingegen dafür aus, dass auch die Patienten und Patientinnen ein gewisses Mass an Solidarität gegenüber den jungen Steuerzahlern übernehmen und daher an der Finanzierung beteiligt werden sollten. Mit 23 zu 18 Stimmen nahm der Ständerat den Antrag der Mehrheit an.<sup>14</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 28.05.2008  
LINDA ROHRER

Der Nationalrat gab in der **weiteren Differenzbereinigung** nur einmal nach und zwar akzeptierte er die einjährige Karenzfrist für den Anspruch auf eine Hilflosenunterstützung. Er verlangte jedoch mit einer Motion (08.3236) vom Bundesrat bis Ende 2009 eine Vorlage, welche die Leistungen der Hilflosenentschädigung mit jenen der Pflegefinanzierung koordiniert. Bei der Frage der Finanzierung der Akut- und Übergangspflege hielt der Nationalrat an seinem Vorschlag (45% Krankenversicherer, 55% Kantone) fest, ebenso wie bei der periodischen Anpassung der Pflegebeiträge. Hier sollen die Beiträge alle zwei Jahre angepasst werden, jedoch nicht wie ursprünglich beschlossen an die Kostenentwicklung der Pflege, sondern neu an die Teuerung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise. Eine kostenneutrale Pflegefinanzierung, welche der Ständerat vorgeschlagen hatte, lehnte der Nationalrat erneut ab.<sup>15</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 05.06.2008  
LINDA ROHRER

Der Antrag der **Einigungskonferenz**, übernahm bei der Akut- und Übergangspflege den Verteilungsschlüssel des Nationalrates (45% Krankenversicherer, 55% Kantone, analog Spitalfinanzierung). Diese Pflegeleistungen müssen jedoch bereits im Spital ärztlich angeordnet werden und der Kostenverteiler gemäss Spitalfinanzierung kommt lediglich während maximal zwei Wochen zur Anwendung. Bei der periodischen Anpassung der Pflegebeiträge setzte sich die Version des Ständerates durch, wonach der Bundesrat nicht verpflichtet ist, die Beiträge der Krankenversicherung periodisch anzupassen. Bei der Frage der kostenneutralen Einführung der Pflegefinanzierung wird eine solche für den Bereich der allgemeinen Pflege verlangt, nicht aber für die Akut- und Übergangspflege. Trotz Opposition von Maury Pasquier (sp, GE), welche die Bestimmungen zur Akut- und Übergangspflege als zu restriktiv empfand, nahm der Ständerat den Vorschlag der Einigungskonferenz mit 22 zu 6 Stimmen an. Der Nationalrat schloss sich daraufhin diskussionslos dem Vorschlag der Einigungskonferenz an. In der Schlussabstimmung nahm der Ständerat das Gesetz mit 33 zu 8 Stimmen an. Im Nationalrat erklärten Goll (sp, ZH) und Müller (gp, AG), dass ihre Fraktionen das Gesetz ablehnen würden. Die grosse Kammer nahm das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung schliesslich mit 126 zu 55 Stimmen an.<sup>16</sup>

## Die Räte verabschieden eine Revision der Krankenversicherung bezüglich der Prämienverbilligung (BRG 04.033)

### Assurance-maladie

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 24.08.2004  
MARIANNE BENTELI

Die kantonalen Gesundheitsdirektoren lehnten beide Modelle aus verwaltungstechnischen Gründen ab und schlugen stattdessen vor, die **Prämien für Kinder** bis 18 Jahre ganz abzuschaffen – allerdings zu Lasten der erwachsenen Prämienzahlenden. Hingegen konnte sich Bundesrat Couchepin zunehmend für den ständerätlichen Lösungsansatz erwärmen. Um die verschiedenen Modelle noch eingehender zu prüfen, stellte die kleine Kammer auf Antrag ihrer Kommission diesen Teil der Vorlage bis zur Wintersession zurück und setzte eine Subkommission ein, die auch die Vertreter der kantonalen Gesundheits- und Finanzdirektoren anhörte. Aus der Einsicht heraus, dass die kantonalen Durchschnittseinkommen sehr unterschiedlich sind, eine Prämienbefreiung mit den vorgesehenen CHF 200 Mio. wohl kaum finanzierbar wäre und möglicherweise auch falsche Anreize setzen könnte (null Kosten bei voller Leistung), entwickelte die Subkommission ein offeneres Modell, das auch die Zustimmung der Finanzdirektoren fand und von den Gesundheitsdirektoren zumindest als gangbarer Weg bezeichnet wurde. Anstatt fixe Einkommenslimiten zu definieren, wurde lediglich noch gesagt, dass die Kantone für untere und mittlere Einkommen die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50% verbilligen, allerdings nur im Umfang der durchschnittlichen kantonalen Prämie in diesen Altersegmenten. Bei dieser Lösung wird es den Kantonen überlassen, wie sie die unteren und mittleren Einkommen festlegen wollen. Sie können auch über die 50% hinausgehen. Allerdings müssen die Kantone dem Bund anonymisierte Angaben zu den Begünstigten machen, damit dieser das Erreichen der sozial- und familienpolitischen Ziele überprüfen kann. Gemäss früherer Beschlüsse zur Prämienverbilligung müssen die Kantone den Beitrag des Bundes um die Hälfte aufstocken, womit dann CHF 300 Mio. mehr pro Jahr für die Entlastung von Familien bereit stehen würden. Nach Berechnungen der Kommission könnten rund 80% der Kinder und rund 70% der jungen Erwachsenen in den Genuss dieser Massnahme kommen. Der Bundesbeschluss wurde

vom Ständerat einstimmig angenommen, ebenso jener über die schrittweise Erhöhung der Bundesbeiträge.<sup>17</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 15.12.2004  
MARIANNE BENTELI

Beim **Sozialziel in der Prämienverbilligung** übernahm der Bundesrat das im Vorjahr von den Kammern im Grundsatz genehmigte Modell mit den unterschiedlichen Einkommenskategorien und der Privilegierung von Familien mit Kindern. Zu dessen Umsetzung wollte er den Kantonen gestaffelt CHF 200 Mio. zusätzlich zur Verfügung stellen. Die Kantone, welche im Vorjahr im Rahmen der gescheiterten KVG-Revision massgeblich an einer differenzierten Lösung zur Einführung eines Sozialziels mitgearbeitet hatten, stemmten sich noch vor Vorliegen der Botschaft plötzlich dagegen und bezeichneten ein einheitliches Sozialziel als unzulässigen Eingriff in ihre Kompetenzen. Diese Bedenken schlugen sich auch im Ständerat nieder, der die Vorlage als erster behandelte. In der Kommission legte die Basler SP-Abgeordnete Fetz ein Modell ihres Parteikollegen, Nationalrat Rossini (VS), auf den Tisch, welches als geeignet erachtet wurde, die Akzeptanz der KVG-Revision in diesem Punkt zu erhöhen. Fetz schlug vor, dass Familien mit einem steuerbaren Haushalteinkommen bis CHF 75'000 für ihre Kinder und Jugendlichen in Ausbildung keine Krankenkassenprämien mehr bezahlen sollten. Diese würden vom Staat übernommen und aus den Geldern finanziert, die der Bund den Kantonen für die Umsetzung des Sozialziels zusätzlich zur Verfügung stellen wollte. Ständerat Schwaller (cvp, FR) legte Ende August ein verfeinertes Modell vor, welches den Vorschlag Fetz für die Kinder übernahm, die Eltern von Jugendlichen in Ausbildung aber stärker entlastete (Einkommenslimite CHF 114'000).

Das Sozialziel, wie es vom EDI vorgeschlagen wurde, hatte offenbar auch im BR einen schweren Stand gehabt; dem Vernehmen nach mochten es die Bundesräte Blocher, Schmid und Merz nicht unterstützen.<sup>18</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 03.03.2005  
MARIANNE BENTELI

Die SGK des Nationalrats beantragte dem Plenum, grundsätzlich dem Modell des Ständerates für eine **Prämienverbilligung für Familien mit niedrigem oder mittlerem Einkommen** zu folgen (Halbierung der Prämien für Kinder und Jugendliche in Ausbildung), wobei es den Kantonen überlassen sein soll, die Einkommensgrenzen zu bestimmen. Der Rat hatte aufgrund eines Nichteintretensantrags Zisyadis (pda, VD) vorerst über das Eintreten auf die Vorlage zu entscheiden. Zisyadis kritisierte das vorgeschlagene Modell und wollte die Prämien für Kinder und Jugendliche gänzlich abschaffen. Der Rat beschloss mit 141 zu 3 Stimmen Eintreten. Erfolglos mit 137 zu 14 Stimmen blieb auch ein Antrag der grünen Fraktion, der die Kinderprämien ganz streichen und die Prämie für Jugendliche zwischen 18 bis 25 Jahren auf höchstens 50% der Erwachsenenprämie beschränken wollte. Zur **Finanzierung** der zusätzlichen Prämienverbilligung beschritt die grosse Kammer einen anderen Weg als der Ständerat. Demnach sollten die Bundesbeiträge an die Kantone für 2006 um CHF 80 Mio. erhöht werden (auf CHF 2,5 Mrd.) und dann jährlich dem Kostenanstieg der grundversicherten Leistungen angepasst werden. Die Vorlage wurde in der Gesamtabstimmung mit 124 zu 24 Stimmen angenommen. In der Differenzbereinigung hielt der Ständerat ohne Opposition an seiner Haltung beim Finanzierungsbeschluss fest. Die Kommissionssprecherin erläuterte, dass mit dem Ständeratsmodell in den Jahren 2006 und 2007 mehr Bundesbeiträge bereitgestellt werden als mit dem Vorschlag des Nationalrates. Mit dem Inkrafttreten der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA), frühestens 2008, sei dann so oder so eine andere Lösung zu finden. Der Nationalrat schloss sich daraufhin diskussionslos dem Ständerat an.

Mit einem überwiesenen Postulat beauftragte Rossini (sp, VS) den Bundesrat, so rasch wie möglich ein wissenschaftlich fundiertes Monitoring- und Evaluationsmodell einzuführen, mit dem sich beurteilen lässt, wie sich die Prämienverbilligung im Rahmen der sozialen Krankenversicherung für Versicherte mit bescheidenem Einkommen auswirkt. Die Kantone befürchteten, dass die vom Parlament bewilligten zusätzlichen CHF 200 Mio. nicht ausreichen könnten, um das Vorhaben zu finanzieren.

An ihrer Delegiertenversammlung sprach sich die CVP einmal mehr für Gratis-Kinderprämien aus.<sup>19</sup>

# Die Stimmbevölkerung kippt die Vorlage der KVG-Reform Managed Care nach langjähriger Arbeit an der Urne (BRG 04.062)

## Assurance-maladie

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 14.09.2004  
MARIANNE BENTELI

Das **zweites Reformpaket**, welches der Bundesrat im September vorlegte, umfasst die Neuordnung der Spitalfinanzierung (Botschaft 2A; 04.061) sowie die Förderung medizinischer Netzwerke, sogenannter Managed Care (Botschaft 2B; 04.062). Kernpunkt der ersten Botschaft ist der Übergang von der heutigen Objekt- zur Leistungsfinanzierung. Die Kosten der Spitalleistungen sowie die Investitionskosten sollen hälftig von Krankenversicherern und Kantonen getragen werden, und zwar für alle in der kantonalen Planung enthaltenen Spitäler (dual-fixes System). Mit der zweiten Botschaft will der Bundesrat Managed Care-Modelle zwar im Gesetz verankern, sie aber nicht für obligatorisch erklären.

Die SGK-SR wünschte vom Bundesrat zusätzliche Abklärungen und Vorschläge. Bei der Spitalfinanzierung verlangte sie unter anderem die finanzielle Gleichstellung von stationärer und ambulanter Behandlung. In den Vorschlägen zu Managed Care fehlte ihr ein Anreizsystem, damit Leistungserbringer, Versicherer und Patienten bereit sind, integrierte Netzwerke aufzubauen und zu nutzen.<sup>20</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 05.12.2006  
MARIANNE BENTELI

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

Obleich allgemein anerkannt wurde, dass integrierte Netzwerke zu Einsparungen bis 30% führen können, verpasste es der Ständerat, hier ein wirkliches Signal zu setzen. Insbesondere wurde darauf verzichtet, die Versicherer zu verpflichten, derartige Modelle (Hausarztmodelle oder HMO) anzubieten resp. die Leistungserbringer in die Budgetverantwortung einzubinden. Mit einer Reduktion des Selbstbehaltes wollte Sommaruga (sp, BE) einen Anreiz für die Versicherten schaffen, diesen Netzwerken beizutreten, unterlag jedoch mit 20 zu 16 Stimmen. Dagegen wehrten sich die Krankenkassenvertreter im Rat, insbesondere Brändli (svp, GR) und David (cvp, SG), weil dies für die Versicherer zu wenig rentabel sei. Mit 20 zu 14 Stimmen wurde auch ein Antrag Frick (cvp, SZ) abgelehnt, die mit Managed-Care erzielten Einsparungen den alternativ Versicherten gutzuschreiben. Die Kassen wurden zudem noch dadurch gestärkt, dass sie Netzwerke mit einer Mindestvertragsdauer von drei Jahren anbieten können. Damit soll sichergestellt werden, dass bis anhin gesunde Versicherte, welche diese wegen der Prämienreduktion besonders oft wählen, beim Auftreten einer schweren Krankheit im Folgejahr in die reguläre Versicherung mit freier Arztwahl wechseln. Der Medikamentenbereich wurde aus der Vorlage ausgekoppelt. Am Rande der Diskussionen schuf der Rat aber eine gesetzliche Grundlage für den Bundesrat, in zeitlich befristeten Pilotprojekten eine Kostenübernahme von KVG-Leistungen im preisgünstigeren grenznahen Ausland vorzusehen; dabei soll er mit den betreffenden ausländischen Staaten ein Gegenrecht anstreben.<sup>21</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 13.06.2007  
MARIANNE BENTELI

Als weiteres Teilpaket zur KVG-Revision hatte der Bundesrat neue Lösungen im Bereich Managed Care vorgeschlagen. Insbesondere sollte der heute geltende Vertragszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringern aufgehoben werden, um kostengünstiger arbeitende Ärztenetzwerke nachhaltiger zu fördern. Dieser Teilbereich war in der Ärzteschaft auf heftigsten Widerstand gestossen und hatte jahrelang in der SGK des Ständerates vor sich hin gedümpelt. Erst im Vorjahr hatte sich die kleine Kammer zu einer, von vielen allerdings als „zahnlos“ bezeichneten Lösung durchgerungen. Weil sich auch im Nationalrat ein längeres Seilziehen abzeichnete, stimmte der Ständerat, wenn auch widerwillig, einem Zulassungsstopp für die Eröffnung neuer Arztpraxen bis 2010 zu.

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

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 04.12.2007  
MARIANNE BENTELI

Der **Nationalrat** übernahm weitgehend die Ziele und Eckwerte des Ständerates. Zu diskutieren gab der Kommissionsvorschlag, dass bei der Beurteilung der verlangten Preisgünstigkeit auch die Kosten für Forschung und Entwicklung berücksichtigt werden müssen. Eine Kommissionsminderheit, vertreten durch Fasel (csp, FR), lehnte diesen Zusatz ab. Dies sei „Protektionismus pur“ für die pharmazeutische Industrie, kritisierte er. Auch Bundesrat Couchepin empfahl, diese Vorgabe im Gesetzestext zu streichen. Der Nationalrat unterstützte aber die Kommissionsmehrheit mit 103 zu 63 Stimmen. In der Gesamtabstimmung stimmte der Rat der Vorlage mit 157 zu 16 Stimmen zu.<sup>23</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 04.03.2008  
LINDA ROHRER

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

Die Botschaft des Bundesrates sah aber auch Neuerungen bei der **Medikamentenpreisbildung** vor. Dieses Jahr ging die Vorlage nun in die Differenzbereinigung. Hierbei behandelte der Ständerat vor allem die Frage der Definition von preisgünstigen Arzneimitteln und die entsprechende Versorgung. Die Kommissionsmehrheit des Ständerates empfand die Formulierung des Nationalrates als verwirrend, wonach bei der Beurteilung der Preisgünstigkeit nicht nur der möglichst geringe Aufwand für die Heilwirkung, sondern auch die Kosten für Forschung und Entwicklung angemessen berücksichtigt werden müssen. Der Ständerat stimmte dem Vorschlag seiner Kommission mit 25 zu 13 Stimmen zu, welche als Ersatz für den



besagten Artikel vorschlägt, den Bundesrat zu beauftragen, für eine preisgünstige Arzneimittelversorgung in der obligatorischen Krankenversicherung zu sorgen. Im Nationalrat stiess diese Streichung der angemessenen Berücksichtigung von Forschung und Entwicklung auf taube Ohren. Die Kommissionmehrheit verlangte an der früher vom Nationalrat beschlossenen Formulierung festzuhalten und siegte mit 111 zu 66 Stimmen. Der Ständerat strich zur Verabschiedung der Vorlage diesen Absatz 3. Die Kommission des Nationalrates hingegen schloss sich dem Streichungsvorschlag des Ständerates nicht an und machte einen neuen Vorschlag für den umstrittenen Absatz. Die Bedeutung dieses Absatzes war im Nationalrat sehr umstritten. Während Vertreter der SVP ihn als das Herzstück der Teilrevision betrachteten, war die SP gegenteiliger Ansicht und sah in ihm den überflüssigsten Teil der Revision. Der Nationalrat folgte der Kommissionmehrheit und entschied sich mit 108 zu 65 Stimmen für die neue Formulierung.

Die damit notwendig gewordene Einigungskonferenz schloss sich dem Vorschlag des Ständerates an und beantragte mit 15 zu 10 Stimmen die Streichung des umstrittenen Absatzes. Der Ständerat folgte dem Antrag der Einigungskonferenz diskussionslos. Im Nationalrat beantragte eine Minderheit Bortoluzzi (svp, ZH), den Antrag der Einigungskonferenz abzulehnen. Das Ergebnis sei unbefriedigend, da ein wesentliches Element, nämlich der Aspekt der Wirtschaftlichkeit im Zulassungsverfahren, willkürlich aus der Revision herausgebrochen worden war. Eine Mehrheit der FDP stimmte ebenfalls gegen den Vorschlag der Einigungskonferenz. Die SP Fraktion warb für Zustimmung, konnte aber keine Mehrheit finden. Der Nationalrat lehnte den Antrag der Einigungskonferenz mit 97 zu 83 Stimmen ab. Damit war die Vorlage zu den Medikamentenpreisen gescheitert.<sup>24</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 16.06.2010  
LUZIUS MEYER

Nach dreieinhalb Jahren befasste sich der **Nationalrat** als Zweitrat mit der **KVG-Revision zu Managed-Care**. Zentrale Elemente der Vorlage sind die Verpflichtung der Krankenversicherer, Managed-Care-Modelle anzubieten, die Budgetverantwortung für die integrierten Versorgungsnetzwerke sowie der differenzierte Selbstbehalt für die Versicherten. Das Eintreten auf die Vorlage war in der grossen Kammer unbestritten, da alle Fraktionen die Bedeutung und den Wert von Managed Care betonten. Uneinig war sich der Rat über die Frage der Kostenbeteiligung der Versicherten. Eine links-grüne Minderheit bekämpfte erfolglos die Erhöhung des Selbstbehaltes. Ebenfalls gegen die Stimmen aus dem links-grünen Lager beschloss der Nationalrat, dass Versicherte in der Regel drei Jahre lang in einem Managed-Care Modell verbleiben, ausser sie bezahlen die Austrittsprämie. Eine Mehrheit von 99 zu 67 Stimmen unterstützte einen Angebotszwang von Managed-Care-Modellen für Krankenversicherer. Der Nationalrat nahm ausserdem einen Einzelantrag Füglistaller (svp, AG) an, welcher den Bundesrat verpflichtet, Anforderungen an die Qualität und den Umfang der Budgetverantwortung der Versorgungsnetzwerke festzulegen. Auf Antrag seiner Kommission beschloss der Rat ausserdem eine Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen den Kassen. In der Gesamtabstimmung nahm die grosse Kammer die Vorlage mit 101 zu 43 Stimmen an.<sup>25</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 15.12.2010  
LUZIUS MEYER

Der **Ständerat** wich in zwei wesentlichen Bereichen von den Vorschlägen des Nationalrates ab: einerseits bei der Angebotspflicht und andererseits beim differenzierten Selbstbehalt. Mit 21 zu 14 Stimmen folgte er der Mehrheit seiner Kommission und strich die Angebotspflicht für die Versicherer. Beim differenzierten Selbstbehalt beantragte die Kommission einen Satz von 5% für Managed-Care-Versicherte und für diejenigen, die weiterhin den Arzt frei wählen wollen, einen Kostenanteil von 15%. Der Ständerat sprach sich auch dafür aus, dass der maximale Selbstbehalt im Gesetz verankert werden soll. Bei der vorzeitigen Auflösung von Versicherungsverträgen strich die kleine Kammer als möglichen Grund die vom Nationalrat vorgesehene überdurchschnittliche Prämienenerhöhung.<sup>26</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 03.03.2011  
SÉBASTIEN SCHNYDER

Durant l'année sous revue, les chambres ont poursuivi le processus d'élimination des divergences sur le volet relatif aux réseaux de soins intégrés de la **révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)** présentée en 2004 visant à faciliter le développement des modèles de réseaux de soins intégrés (**managed care**). Au Conseil national, les députés se sont ralliés par 117 voix contre 64 à la position du Conseil des Etats en adoptant une formule potestative dans la fixation de l'étendue de la coresponsabilité budgétaire et des exigences de qualité des réseaux. La gauche a milité en faveur d'une formule contraignante pour le gouvernement, en vain. Les députés ont

par contre maintenu les autres divergences notamment sur la question de la quote-part différenciée. Ils ont ainsi rejeté par 63 voix contre 60 une minorité Rossini (ps, VS) suggérant d'adhérer à la position du Conseil des Etats, à savoir une participation aux frais de 5% pour les assurés membres d'un réseau de soins et de 15% pour ceux hors réseau. Ils ont ensuite préféré par 95 voix contre 80 une minorité Bortoluzzi (udc, ZH) proposant des quotes-parts différenciées de respectivement 10% et 20% à la proposition de leur commission proposant de les fixer à 7,5% et 15%. Le Conseil national a encore rejeté par 111 voix contre 88 la proposition du Conseil des Etats de fixer un plafond aux quotes-parts de 500 francs pour les assurés membres d'un réseau et de 1'000 francs pour les autres assurés. Sur ces votes, la gauche s'est opposée en vain à l'augmentation des charges financières des malades. Par ailleurs, les députés ont également réaffirmé par 129 voix contre 52 l'obligation pour les caisses d'assurance-maladie de proposer au moins un réseau de soins intégrés. Seuls un tiers du groupe PLR et la grande majorité du groupe UDC s'y sont opposés estimant que l'offre de réseaux est un avantage comparatif suffisamment incitatif pour que ce type de modèle se développe. La gauche et le groupe PDC se sont inquiétés de l'obligation pour certains assurés de payer une quote-part plus élevée en raison de l'absence de réseau dans leur région. En outre, les députés ont maintenu l'augmentation de prime supérieure à la moyenne comme motif de résiliation avant l'échéance d'un contrat et ont rejeté par 115 voix contre 61 une minorité Schenker (ps, BS) proposant de ne pas autoriser des durées de contrat allant jusqu'à trois ans. Ils ont toutefois obligé les assureurs à proposer des contrats d'une année. Finalement, le Conseil national a introduit sans opposition une nouvelle disposition visant à interdire aux caisses-maladie de gérer et de cofinancer des réseaux. Au Conseil des Etats, les sénateurs ont adhéré à la position du Conseil national relativement aux motifs de résiliation d'un contrat d'assurance. Toutefois, certaines divergences ont été maintenues. Les sénateurs ont ainsi adopté par 21 voix contre 19 une proposition de leur commission fixant des quotes-parts de 7,5% pour les assurés membres d'un réseau et de 15% pour ceux optant pour une prise en charge plus traditionnelle, alors qu'une minorité Gutzwiller (plr, ZH) a suggéré d'adhérer à la proposition du Conseil national. Ils ont également confirmé sans opposition leur volonté de mettre en place des plafonds à la participation des assurés et ont maintenu sans opposition également leur refus de ne pas obliger les assureurs à proposer des réseaux de soins intégrés. Toutefois, ils ont introduit une disposition permettant au gouvernement de prendre les mesures appropriées si dans un délai de cinq ans à partir de l'application de la loi, l'offre de réseaux n'est pas généralisée. Les sénateurs ont finalement suivi par 33 voix contre 10 la proposition de leur commission en s'opposant à l'introduction de la clause interdisant les caisses-maladie de gérer ou cofinancer des réseaux de soins. Leur commission estime que la disposition peut être aisément contournée à travers la création d'une holding et que, formellement, elle ne peut être recevable car introduite au cours de la procédure d'élimination des divergences. De retour au Conseil national, les députés ont adhéré par 110 voix contre 43 à la position du Conseil des Etats en fixant des plafonds maximaux de participation aux frais des patients. Cependant, ils ont décidé de supprimer la possibilité pour le Conseil fédéral d'ajuster ce montant en fonction du renchérissement. Quant au montant des quotes-parts, ils ont maintenu par 98 voix contre 54 leur position précédente malgré une minorité Jacqueline Fehr (ps, ZH). Ils ont également maintenu par 128 voix contre 35 l'obligation pour les assureurs de proposer des réseaux de soins intégrés et par 121 voix contre 22 l'interdiction pour ces derniers de les gérer ou de les cofinancer.

Devant la confirmation de ces divergences, il a été nécessaire de convoquer une conférence de conciliation qui a proposé de fixer une quote-part de 10% pour les membres de réseaux et de 15% pour les autres, de ne pas obliger les assureurs à proposer des réseaux sur l'ensemble de leur territoire d'activités mais d'obliger le gouvernement à intervenir dans les trois ans si ce type d'offre n'est pas généralisé, de donner la possibilité au Conseil fédéral d'adapter le plafond de participation aux coûts en fonction du renchérissement et d'interdire la gestion ou le cofinancement de réseaux de soins par les assureurs tout en prévoyant un délai transitoire de 5 ans. Le Conseil des Etats a adhéré par 28 voix contre 9 à la proposition de la conférence. Au Conseil national, le groupe socialiste s'est opposé à la proposition considérant que le projet initial a été vidé de sa substance. Le groupe a critiqué l'accroissement des charges sur les assurés et l'absence d'obligation pour les assureurs de proposer des réseaux. Le groupe écologiste et le bloc bourgeois se sont montrés majoritairement favorables à la proposition estimant qu'elle demande une participation de tous les acteurs, renforce la médecine de famille et freine l'augmentation des prestations. Les députés ont donc accepté par 111 voix contre 39 la proposition. Au vote final, et après avoir corrigé une lacune relative aux dispositions transitoires en maintenant la législation en vigueur dans les cantons ne disposant pas de réseau, la chambre haute et



la chambre basse ont adopté le projet par respectivement 28 voix contre 6 et 133 voix contre 46 et 17 abstentions. Dans cette dernière chambre, la majorité du groupe socialiste, un tiers du groupe écologiste et une partie du groupe UDC se sont opposés au projet. Un groupe de praticiens réunissant des spécialistes libéraux et des médecins favorables à la caisse unique ainsi que l'USS ont annoncé vouloir lancer un référendum.<sup>27</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 19.01.2012  
FLAVIA CARONI

Nach langjährigen Verhandlungen war im Vorjahr die Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (Managed Care) von beiden Räten mit deutlicher Mehrheit angenommen worden. Eine Gruppierung von Spezialärzten, unterstützt vom Schweizerischen Gewerkschaftsbund, hatte bereits vor dem Ratsbeschluss ein **Referendum** angekündigt. Das eigentliche Referendumskomitee bildete schliesslich eine Vereinigung von Praktikern aus dem Gesundheitswesen, unterstützt von einem Fachärzterverband und einem Verband medizinischen Personals. Am Tag des Ablaufs der Referendumsfrist, dem 19. Januar 2012, wurde das Referendum mit über 130'000 gültigen Unterschriften eingereicht.<sup>28</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 17.06.2012  
FLAVIA CARONI

Die Abstimmung über das **fakultative Referendum gegen die Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (Managed Care)** wurde auf den 17. Juni angesetzt. Im Vorfeld der Abstimmung wurde die Vorlage heiss diskutiert. Die SP stellte sich mehrheitlich gegen ihren Bundesrat Berset, der bekannt gab, Managed Care auch aus persönlicher Überzeugung zu unterstützen. Die Gewerkschaften folgten der SP. Auch die SVP und die BDP beschlossen die Nein-Parole, obwohl sich beide Parteien im Parlament noch für die Revision ausgesprochen hatten. Das Nein-Komitee argumentierte primär, die Vorlage schränke die freie Arztwahl ein. Dazu fördere sie eine Zweiklassenmedizin, bringe Qualitätseinbussen mit sich und führe, entgegen den Versprechen, nicht zu Kosteneinsparungen. Das Ja-Komitee setzte sich aus Vertretern der CVP, der FDP-Liberalen, der Grünliberalen, der EVP sowie des Konsumentenschutzes zusammen. Die Befürworter versprachen sich von Managed Care eine kostengünstigere und besser koordinierte Gesundheitsversorgung. Die Grünen beschlossen Stimmfreigabe. Die Ärzteschaft zeigte sich gespalten: Während die FMH in einer durch die Spezialärzte dominierten Urabstimmung beschloss, das Referendum zu unterstützen, sprach sich der Verband Hausärzte Schweiz für die Vorlage aus. Annahme empfahl auch die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren. Ebenso uneinig waren sich die verschiedenen Patientenschutzorganisationen. Die Fronten im Abstimmungskampf waren denn auch unübersichtlich. Viele Kantonalparteien wichen von den Positionen ihrer eidgenössischen Mutterparteien ab und verschiedene Akteure wechselten während des Kampagnenverlaufs gar die Seite. Im Verlaufe der Abstimmungskampagne wurde immer deutlicher, dass die Unterstützung für Managed Care schwand. Nachdem auch ein Teil der bürgerlichen Parteien, welche die Revision im Parlament noch begrüsst hatten, sich nun dagegen aussprachen, zeichnete sich in diversen Umfragen ein deutliches Nein ab.<sup>29</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 17.06.2012  
FLAVIA CARONI

Die 38.7% der Stimmbürgerinnen und -bürger, die von ihrem Stimmrecht Gebrauch machten, lehnten die Vorlage dann am 17. Juni tatsächlich wuchtig mit einer Mehrheit von 76% ab; kein einziger Kanton sprach sich dafür aus. Die VOX-Analyse ergab wenig überraschend, dass sich die Stimmenden bei dieser Abstimmung kaum an Parteiparolen orientiert hatten. Allgemein wurde die Vorlage als äusserst komplex empfunden. SVP- und SP-Sympathisanten folgten ihren Parteien mehrheitlich und legten ein Nein ein, Sympathisanten der befürwortenden Mitteparteien dagegen stellten sich gegen ihre Parteien und lehnten die Vorlage nicht weniger wuchtig ab. Frauen lehnten die Vorlage deutlich stärker ab als Männer, Angehörige eines Ärztenetzwerks weniger stark als Personen, welche keinem Ärztenetzwerk angehören, obwohl auch bei diesen die Ablehnung noch deutlich ausfiel. Als wichtigstes Argument für ein Nein wurde von den befragten Stimmbürgerinnen und Stimmbürgern die Angst vor dem Verlust der freien Arztwahl genannt.

#### **Abstimmung vom 17. Juni 2012**

Beteiligung: 38,7%  
Ja: 466'993 (24,0%) / Stände: 0  
Nein: 1'482'536 (76,0%) / Stände: 20 6/2

Parolen:

- Ja: FDP (3\*), CVP (8\*), EVP, GLP; eco.
- Nein: SP, SVP (3\*), CSP, BDP (2\*); SGB, TravS.
- Stimmfreigabe: GPS

\* In Klammer Anzahl abweichender Kantonalsektionen <sup>30</sup>

## Die Räte verabschieden eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes bezüglich der Spitalfinanzierung (BRG 04.061)

### Assurance-maladie

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 30.05.2005  
MARIANNE BENTELI

Die **Kantone wehrten sich mit Händen und Füssen** sowohl gegen das Modell des Bundesrates als noch viel mehr gegen jenes der Ständeratskommission, bei dessen Annahme sie sogar mit dem Referendum drohten. Einzig der ohnehin für die kommenden Jahre geplante Übergang zur Abgeltung nach Fallpauschalen anstatt nach Einzelleistungen fand Gnade in ihren Augen. Gegen das dual-fixe Modell des Bundesrates traten sie an, weil es den dringlichen Bundesbeschluss zementiere, den die Kantone nie wirklich akzeptiert haben. Noch bedrohlicher erschien ihnen das monistische System, das sie im Namen der fiskalischen Äquivalenz bekämpften: Es sei nicht akzeptabel, dass Steuergelder ohne Steuerungs- und Kontrollmöglichkeit an gewinnorientiert arbeitende Leistungserbringer gezahlt würden. Aber auch der **Bundesrat** sprach sich gegen das ständerätliche Modell aus: Es sei intransparent, ausserdem erhielten die Akteure keine weiteren Instrumente, um die Leistungen zu steuern und damit die Kosten einzudämmen. <sup>31</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 30.06.2005  
MARIANNE BENTELI

Bei der Vorlage über die Spitalfinanzierung war das Ziel des Bundesrates, den dringlichen Bundesbeschluss von 2002 (Leistung des Sockelbeitrages durch die Kantone auch an Zusatzversicherte) in ordentliches Recht zu überführen und generell eine **dual-fixe Spitalfinanzierung** vorzuschreiben, bei der Kantone und Krankenversicherung je die Hälfte der Betriebs- und Investitionskosten der auf der Spitalliste eines Kantons aufgelisteten Spitäler und Kliniken übernehmen. Der vorberatenden **Kommission des Ständerates** ging dies zu wenig weit. Sie erarbeitete einen eigenen Vorschlag, der sich in wichtigen Punkten vom Entwurf des Bundesrates unterschied. Danach sollen alle Leistungen, ob ambulant oder stationär, ob in einem öffentlichen oder einem privaten Spital erbracht, nach dem gleichen Schlüssel finanziert werden: Grundsätzlich hätten die Krankenversicherungen 70% der Leistungen, die Kantone 30% zu bezahlen, wobei die Beiträge der Kantone via Krankenversicherungen an die Leistungserbringer flössen (**monistisches System**). Wie beim Vorschlag des Bundesrates sollen künftig nicht mehr die Spitalkosten, sondern Leistungen (Fallpauschalen) bezahlt werden. Das von der Ständeratskommission ohne Gegenstimme vorgeschlagene Modell beanspruchte, kostenneutral zu sein und keine Prämien erhöhungen zur Folge zu haben.

Im Vorjahr hatte der Ständerat eine Motion (03.3644) Heberlein (fdp, ZH) für dringende Reformen im Gesundheitsbereich angenommen. Da die dort aufgeführten Punkte weitgehend in den Vorlagen zur KVG-Revision enthalten sind, lehnte der Nationalrat den Vorstoss ab; eine gleichlautende Motion (03.3673) der FDP-Fraktion wurde daraufhin zurückgezogen. <sup>32</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 20.09.2005  
MARIANNE BENTELI

Im **Plenum des Ständerates** war Eintreten unbestritten. Auch in der Diskussion war sich der Rat einig, dass die Finanzierung der Spitäler besser geregelt werden muss. Dabei wurden die Vorschläge der Kommission von den Ratsmitgliedern mehrheitlich gut aufgenommen. Es lagen jedoch drei Anträge auf **Rückweisung an die Kommission** vor. Leuenberger (sp, SO) und Hess (fdp, OW) forderten, dass die Kommission mit den Kantonen eine tragfähige Lösung für die Spitalfinanzierung finden solle; Wicki (cvp, LU) verlangte lediglich eine geeignete Vernehmlassung bei den Kantonen zum Kommissionsvorschlag. Der Antrag Wicki obsiegte gegenüber den beiden anderen Anträgen. Die Rückweisung erfolgte schliesslich mit 36 zu 1 Stimmen. <sup>33</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 22.11.2005  
MARIANNE BENTELI

Nach einer Anhörung von Kantonsvertretern, bei der klar wurde, dass sie mit ihrem ursprünglichen Konzept definitiv auf Granit beißen würde, rückte die Ständeratskommission von ihrem Modell ab und wandte sich der Beratung eines **überarbeiteten Projekts des EDI** zu. Das neue Konsensmodell enthält neben dem Verzicht auf den Einbezug der ambulanten Spitalbehandlungen die folgenden Elemente: leistungsbezogene Abgeltung durch Fallpauschalen, Planungspflicht der Kantone im Spitalbereich sowie Beitragspflicht der Kantone für alle Leistungen, die der Planung entsprechen. Mit einer Übergangsfrist soll den Kantonen Zeit für die Umstellung eingeräumt werden. Sie müssen die vollen Beiträge an sämtliche Leistungen der Grundversicherung in allen Spitälern, die der Planung entsprechen, erst bezahlen, wenn die Bemessungsstrukturen für die leistungsbezogenen Pauschalen (mit Einbezug der Investitionen) vorhanden sind. Angesichts der neuen Ausgangslage beschloss die Kommission, dem Plenum den neuen Entwurf nicht, wie ursprünglich geplant, in der Wintersession vorzulegen, sondern erst in der Frühjahrsession 2006.

Bei den Von-Wattenwyl-Gesprächen verlangten alle Bundesratsparteien, das Parlament solle seine Gangart bei der KVG-Revision markant beschleunigen und nicht weiter Einzelprojekte in den Kommissionen blockieren.<sup>34</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 07.03.2006  
MARIANNE BENTELI

Bei der **Spitalfinanzierung** hatte die Ständeratskommission im Vorjahr schliesslich auf ihr alternatives Modell, dem sich die Kantone mit allen Mitteln widersetzen, verzichtet und war auf eine von der Verwaltung ausgearbeitete Version des ursprünglichen Vorschlags des Bundesrates mit den folgenden Elementen eingeschwenkt: leistungsbezogene Abgeltung durch **Fallpauschalen**, in welche auch die Investitionskosten einbezogen sind, Planungspflicht der Kantone im Spitalbereich sowie Beitragspflicht der Kantone (in der Regel 60%, bei unterdurchschnittlicher Prämie mindestens 45%) für alle Leistungen, die der Planung entsprechen, wobei neben den öffentlichen auch die privaten Spitäler zu berücksichtigen sind und Zusatzversicherte ebenfalls den Kantonsbeitrag erhalten; Privatkliniken, die nicht auf der Spitalliste stehen, können mit den Versicherern Verträge abschliessen, erhalten jedoch keine Kantonsbeiträge. Stähelin (cvp, TG), Beirat der Groupe Mutuel-Versicherungen, beantragte, dem ursprünglichen Kommissionsentwurf zu folgen, der die Krankenversicherer weiter entlastet hätte, unterlag jedoch mit 21 zu 14 Stimmen. In der Gesamtabstimmung nahm die kleine Kammer mit 25 zu einer Stimme bei neun Enthaltungen das neue Modell an. Der zuständigen Kommission des Nationalrates gelang es nicht, die Vorlage noch im Berichtsjahr ins Plenum zu bringen.

Gleichzeitig ergänzte der Ständerat in einer von ihm hinzugefügten Vorlage 2 den Risikoausgleich unter den Versicherern durch das **Kriterium des „erhöhten Krankheitsrisikos“**, d.h. dass beim Risikoausgleich neben Alter und Geschlecht auch eine im Vorjahr erfolgte Hospitalisierung oder ein Aufenthalt im Pflegeheim zu berücksichtigen sind. Escher (cvp, VS) befürchtete, mit einer Ausweitung werde die Anspruchsmoralität der Versicherten gefördert, was zu einer weiteren Kostensteigerung führe; sein Nichteintretensantrag unterlag jedoch mit 24 zu 4 Stimmen. Die Kommissionssprecherin erläuterte, dass mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs die praktizierte Risikoselektion der Kassen eingedämmt werden soll. Der geänderte Risikoausgleich wurde mit 23 zu 7 Stimmen angenommen.

Die Neuregelung der Spitalfinanzierung soll den seit 2002 geltenden dringlichen Bundesbeschluss über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen ablösen, der ursprünglich bis Ende 2004 befristet gewesen war. Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision war er dann bis Ende 2006 verlängert worden. Nun beantragte die SGK-SR angesichts der weiteren Verzögerungen mit einer Parlamentarischen Initiative (06.474) eine von beiden Kammern gutgeheissene erneute Verlängerung bis Ende 2007.<sup>35</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 22.03.2007  
MARIANNE BENTELI

Nach langwierigen Vorarbeiten hatte der Ständerat im Vorjahr endlich sein Modell einer künftigen **Spitalfinanzierung** verabschiedet. Im Nationalrat bezeichnete die Kommissionssprecherin diese Vorlage als wichtigsten und wirksamsten Teil der Krankenversicherungsrevision. Gegen den Antrag von Huguenin (pda, VD), die vor negativen Folgen des Wettbewerbs warnte, trat der Rat mit 161 zu 3 Stimmen auf das Geschäft ein. Bei der Einführung von **Fallkostenpauschalen** (DRG-basierte Rechnungslegung) war man sich mit dem Ständerat weitgehend einig. Eine Kommissionsminderheit um Nationalrätin Fehr (sp, ZH) wollte im Gegensatz zum

Ständerat die Investitionskosten für die Infrastruktur nicht in die Pauschalen einbeziehen. Die Fraktionen von SP und Grünen befürchteten davon Vorteile für die Privatspitäler. Diese könnten ihre Investitionen nach ganz anderen Kriterien tätigen und auf diese Weise Rosinen picken. Die Ratsmehrheit wollte aber eine Vollkostenrechnung ermöglichen und stimmte dem Einbezug der Investitionen zu. Intensiv wurde darüber diskutiert, wie die Kosten für die Listenspitäler zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern aufgeteilt werden sollen. Der Kommissionssprecher führte aus, dass diese **Aufteilung** von Kanton zu Kanton variere. 2004 lag der Kantonsanteil an den Kosten im Durchschnitt bei 58%, wobei sich die Quoten zwischen 38,3% (Thurgau) und 73,4% (Genf) bewegten. Die Kommission beantragte erfolgreich, und gegen die SP, welche 60% verlangt hatte, dass der Anteil der Kantone auf **mindestens 55%** fixiert wird. Der Rat lehnte zudem mit 113 zu 58 Stimmen die vom Ständerat vorgesehene Möglichkeit als zu kompliziert ab, dass Kantone mit tiefem Prämienniveau den Anteil auf 45% senken könnten.

Weiter beschloss der Nationalrat auf Antrag seiner Kommission, dass künftig landesweit die **freie Spitalwahl** (innerhalb der Listenspitäler) gelten soll, auch ohne entsprechende Zusatzversicherung, da dies den Wettbewerbsdruck erhöhe. Die freie Spitalwahl wurde einzig von den Fraktionen der Grünen und der EVP/EDU bekämpft. Diese sahen in dieser für die Kantone teuren Bestimmung keinen entsprechenden Zusatznutzen und verlangten vergeblich, bei der Fassung des Ständerats zu bleiben. Für eine zusätzliche Wahlfreiheit sprach sich der Rat im Bereich der Geburtshäuser aus. Gegen den Widerstand der SVP-Fraktion beschloss er, Spital und Geburtshaus gesetzlich gleichzustellen. Eine Kontroverse entspann sich zur Frage der **Vertragsspitäler**. Entgegen dem Antrag der Kommission, der von linker und grüner Seite unterstützt wurde, hielt der Nationalrat an den vom Ständerat vorgeschlagenen Vertragsspitälern fest. Mit solchen privaten Krankenhäusern, die nicht auf einer kantonalen Spitalliste figurieren und auch keine Kantonsbeiträge erhalten, sollen die Krankenversicherer in Zukunft ebenfalls Verträge abschliessen können. Diese Möglichkeit durchkreuze die Spitalplanung der Kantone und schaffe von der Grundversicherung mitgetragene Überkapazitäten argumentierte die Ratslinke. Schliesslich kam auch der schwelende Konflikt unter den Kantonen über die Standorte der Spitzenmedizin zur Sprache. Der Rat beschloss gemäss Antrag seiner Kommission und entsprechend der Ständeratsfassung, dass die Kantone die gesamtschweizerische Planung gemeinsam vornehmen. Wenn sie dies indessen nicht zeitgerecht tun, soll der Bundesrat festlegen, welche Spitäler für welche Sparten in den Spitallisten aufzuführen sind. In der Gesamtabstimmung unterstützte der Nationalrat die Vorlage mit 113 zu 54 Stimmen. Die SP-Fraktion lehnte die Vorlage wegen dem Passus über die Vertragsspitäler ab.<sup>36</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 24.09.2007  
MARIANNE BENTELI

In der **Differenzbereinigung** kam der **Ständerat** in einigen Punkten dem Nationalrat entgegen. Eine Mehrheit war mit der freien Spitalwahl einverstanden. Um den Befürchtungen der Kantone vor einem Kostenschub zu begegnen, wurde allerdings die Klausel eingeführt, dass der Wohnsitzkanton und die Krankenkassen nur jenen Tarif zu übernehmen hätten, der im Kanton des Patienten gilt. Minderheitsanträge, welche die freie Spitalwahl nicht oder ohne jegliche Einschränkung zulassen wollten, unterlagen schliesslich deutlich. Beim Verteilschlüssel der Kosten stimmte der Rat ebenfalls einem Kompromiss zu. Er akzeptierte die 55% des Nationalrats, führte allerdings eine Sonderregelung für Kantone mit tiefen Prämien ein: Diese können ihren Anteil bis auf 45% senken. Keine Einwände hatte er gegen die gesetzliche Erwähnung der Geburtshäuser, wollte aber sichergestellt wissen, dass diese der kantonalen Spitalplanung unterliegen.<sup>37</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 03.10.2007  
MARIANNE BENTELI

In der Folge schloss sich der **Nationalrat** mit 97 zu 87 Stimmen bei der freien Spitalwahl der Einschränkung der kleinen Kammer an (Tarif der Wohnsitzgemeinde). Eine Minderheit aus LP, FDP und SVP plädierte vergeblich für die völlige Freiheit, die sie als einen Kernpunkt der Vorlage bezeichnete, da damit der Wettbewerbsgedanke erheblich gestärkt würde. Die CVP-EVP-GLP-Fraktion unterstützte die Linke vornehmlich aus einem „erledigungspolitischen“ Grund: Die Beratungen zur Spitalfinanzierung seien nun über Jahre hinaus verschleppt worden und sollten endlich abgeschlossen werden; weitergehende Schritte könne man sich später überlegen. Beim **Kostenverteiler** hielt die grosse Kammer mit 147 zu 35 an ihrer fixen Regelung von 55% fest. Die Kommissionssprecherin begründete dies damit, ein Bandbreitenmodell schaffe Rechtsunsicherheit und könne zu einem massiven Kostenschub führen. Auch Bundesrat Couchepin bezeichnete das Modell als kaum durchführbar und realitätsfremd. Der

Ständerat bekräftigte allerdings mit 27 zu 10 Stimmen erneut sein Modell, da man Kantone, die sich in der Vergangenheit für ein kostengünstiges Gesundheitssystem eingesetzt hätten, nicht bestrafen dürfe. Im Grundsatz wich der Nationalrat weiterhin nicht von seinem Beschluss ab. Mit einer Übergangsbestimmung kam er aber dem Ständerat entgegen: Demnach können Kantone, die beim Inkrafttreten des Gesetzes ein unterdurchschnittliches Prämienniveau haben, ihren Kostenanteil zunächst zwischen 45 und 55% festlegen. Sie haben dann maximal fünf Jahre Zeit, diesen Anteil schrittweise auf 55% zu erhöhen. In der Einigungskonferenz setzte sich diese Variante des Nationalrats durch. In der Schlussabstimmung im Nationalrat enthielt sich die SVP grossmehrheitlich der Stimme, CVP und FDP stimmten geschlossen dafür, GP und SP mehrheitlich dagegen. Im Ständerat wurde die Gesetzesänderung mit 33:3 angenommen.

Beide Kammern überwiesen eine Motion (07.3555) der Kommission des Ständerates, die den Bundesrat auffordert, die gesetzlichen Grundlagen für die Rechnungskontrolle sowie die Überprüfung der Berechnung der Vergütung gemäss dem Tarifregime von SwissDRG (Fallkostenpauschalen) vorzulegen.<sup>38</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 04.10.2007  
MARIANNE BENTELI

Bei der Behandlung der Spitalfinanzierung hatte der Ständerat abweichend vom Vorschlag des Bundesrates auch eine Verfeinerung beim **Risikoausgleich** unter den Krankenkassen vorgenommen, um der Jagd gewisser Krankenversicherungen auf so genannte gute Risiken mit der Gründung von „Billigkassen“ entgegen zu treten. Zusätzlich zu Alter und Geschlecht sei auch das Kriterium des erhöhten Krankheitsrisikos aufzunehmen. Konkret sollen Kassen auch für Versicherte Geld erhalten, welche schon im Vorjahr einmal in einem Spital oder Pflegeheim waren. Im **Nationalrat** stellten Borer (svp, SO) und Stahl (svp, ZH) einen Nichteintretens- resp. Rückweisungsantrag mit dem Argument, ein verfeinerter Risikoausgleich führe zu einem enormen administrativen Mehraufwand, sei unnötig und wettbewerbsfeindlich. Ihre Anträge wurden mit 93 zu 74 resp. 88 zu 80 Stimmen abgelehnt. In der Detailberatung folgte der Rat dann durchgehend den Vorschlägen der Kommissionmehrheit. In Ergänzung zum Ständeratsbeschluss legte der Nationalrat fest, dass beim Kriterium Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr nur Aufenthalte von mehr als drei Tagen berücksichtigt werden. Abgelehnt wurde ein Antrag der Linken, der den verfeinerten Risikoausgleich definitiv verankern wollte. Damit bleibt der Ausgleich befristet, gemäss Nationalratsfassung bis fünf Jahre nach dem Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung, wenn die neu eingeführten Fallpauschalen ihre volle Wirkung erzielen werden. Auch ein weiteres vom Nationalrat eingeführtes Element, der Morbiditätsindikator, wurde an die DRG-basierte Rechnungslegung angeknüpft. In der Gesamtabstimmung passierte der Beschluss mit 107 zu 58 Stimmen. SP und GP stimmten geschlossen dafür, die SVP, unterstützt von vereinzelt Abgeordneten aus CVP und FDP, einhellig dagegen.<sup>39</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 06.12.2007  
MARIANNE BENTELI

Bei der **Differenzbereinigung** strich der Ständerat den vom Nationalrat vorgesehenen Morbiditätsindikator. Die Kommissionssprecherin machte dafür Probleme in dessen Umsetzung geltend; zudem würde damit die Verfeinerung des Risikoausgleichs überladen. Gleichzeitig werde man aber mit einem Kommissionspostulat dieses Thema weiterverfolgen. Ebenfalls wollte man nicht wie der Nationalrat die zu berücksichtigende Spitalaufenthaltsdauer im Vorjahr auf mehr als drei Tage fixieren. Dies könne unter Umständen zu Fehlanreizen und zu verlängerten Spitalaufenthalten führen. Bei der Befristung des Risikoausgleichs auf vorerst fünf Jahre schloss sich der Rat der grossen Kammer an.<sup>40</sup>

# Der Bundesrat verabschiedet das Grobkonzept für die Einführung der Versichertenkarte in der Krankenversicherung

## Assurance-maladie

ORDONNANCE / ARRÊTÉ FÉDÉRAL SIMPLE  
DATE: 23.06.2005  
MARIANNE BENTELI

Ende Juni verabschiedete der Bundesrat das Grobkonzept für die Einführung der **Versichertenkarte** in der Krankenversicherung. Ab 2008 müssen alle Versicherten diese Karte vorweisen, wenn sie Leistungen bei Ärzten, Spitälern oder Apotheken beanspruchen. Auf Wunsch können mit der Karte auch medizinische Daten der Versicherten zugänglich gemacht werden.<sup>41</sup>

# Das Parlament verlängert das dringliche Bundesgesetz zum Einfrieren der Pflorgetarife bis Ende 2008 (Pa.Iv. 06.427)

## Assurance-maladie

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 24.04.2006  
MARIANNE BENTELI

Wegen der vielen Verzögerungen bei den Beratungen der KVG-Revision beschloss die SGK-SR, das dringliche Bundesgesetz zum **Einfrieren der Pflorgetarife** von 2004, welches Ende 2006 auslief, bis Ende 2008 zu **verlängern** und reichte eine entsprechende parlamentarische Initiative ein, welche vom Plenum in einem ersten Umgang oppositionslos, allerdings bei acht Enthaltungen, angenommen wurde. In der Kommission des Nationalrates entbrannte dann aber eine Diskussion darüber, ob die Verlängerung wie bis anhin oder mit einer Anpassung der Tarife an die mittlerweile gestiegenen Kosten vorgenommen werden soll. Die von der Mehrheit der Kommission beantragte Anpassung an die Teuerung setzte sich durch. Um im Pflegebereich einen vertragslosen Zustand ab Januar 2007 zu vermeiden, schloss sich der Ständerat an.<sup>42</sup>

# Die Räte verlängern das Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen (Pa.Iv. 07.464)

## Assurance-maladie

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 28.08.2007  
MARIANNE BENTELI

Mit dem Bundesgesetz von 2002 über die Anpassung der **kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen** nach dem KVG hatte das Parlament eine Übergangsregelung beschlossen, die den Kantonen eine schrittweise Umsetzung der Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) zur Beitragspflicht beim Aufenthalt in der Halbprivat- oder Privatabteilung von innerkantonalen öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern erlaubt. Die Gültigkeit des Gesetzes war bis zum 31. Dezember 2004 befristet worden. Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision in den Räten in der Wintersession 2003 hatte der Bundesrat 2004 seinen Vorschlag zur Neuregelung des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung unterbreitet und gleichzeitig die Verlängerung des Bundesgesetzes bis Ende 2006 beantragt, da die Neuordnung der Spitalfinanzierung am 1. Januar 2007 in Kraft treten sollte. Das Parlament hatte dem Antrag zugestimmt. Weil die Zeit für die Bereinigung dieser Vorlage in beiden Räten und die Inkraftsetzung durch den Bundesrat nicht ausreichte, hatten die Räte im Dezember 2006 einer nochmaligen Verlängerung des Bundesgesetzes bis Ende 2007 zugestimmt. Die ständerätliche Kommission stellte nun fest, dass die Zeit für die Inkraftsetzung der Neuregelung auf Anfang 2008 trotzdem nicht ausreicht und beantragte mit einer parlamentarischen Initiative eine nochmalige Verlängerung um ein Jahr, bis längstens zum 31. Dezember 2008.

Die Verlängerung war in beiden Kammern nicht umstritten, hingegen deren zeitliche Ausdehnung. Im Ständerat wies der Bundesrat darauf hin, dass bei einer Verlängerung



um lediglich ein Jahr, das Bundesgesetz dem fakultativen Referendum erneut entzogen würde. Ein dringliches Bundesgesetz, gegen welches kein Referendum möglich sei, dürfe jedoch nicht durch ein erneutes dringliches Bundesgesetz verlängert werden. Gegen einen Einzelantrag, der diesem Einwand Rechnung trug und eine Fristverlängerung **bis Ende 2009** postulierte, schloss sich der Rat aber mit 22 zu 10 Stimmen der Mehrheit der Kommission an, der bei ihren Beratungen die Stellungnahme des Bundesrates noch nicht vorgelegen hatte. Im Nationalrat konnte sich aber aus demokratiepolitischen Überlegungen die Auffassung des Bundesrates ganz klar durchsetzen, worauf der Ständerat einstimmig der Verlängerung bis Ende 2009 zustimmte.<sup>43</sup>

- 
- 1) Presse vom 13.1., 14.1., 26.2., 25.3. und 20.5.04; AB SR, 2004, S. 217; AB NR, 2004, S. 485; Presse vom 18.3.04; Presse vom 24.9.04.
  - 2) BBI, 2004, S. 4259 ff.; Zeltner, Thomas, „Eine Reform in Paketform“, in CHSS, 2004, S. 172-175; Presse vom 27.5.04 (Botschaft); NZZ, 17.9.04 (Kommissionen).
  - 3) AB SR, 2004, S. 464 ff., 612 und 652; AB NR, 2004, S. 1515 ff., 1643 und 1762 f.; AS, 2004, S. 4373.
  - 4) AB SR, 2004, S. 457 ff., 559 und 652; AB NR, 2004, S. 1502 ff., 1633 und 1763.
  - 5) AB SR, 2004, S. 461 ff. und 652; AB NR, 2004, S. 1512 ff., 1633 f. und 1762 f.; BBI, 2004, S. 5479 ff.; Bund, 6.2. und 9.9.04; NZZ, 3.9.04; vgl. CHSS, 2004, S. 109-112.
  - 6) AB SR, 2004, S. 465 f., 559 und 652; AB NR, 2004, S. 1491 ff., 1519 ff., 1633 und 1762 f.; AS, 2004, S. 4375 ff.
  - 7) BBI, 2004, S. 4293 ff. und 4323 ff.; AB SR, 2004, S. 450 ff. und 652; AB NR, 2004, S. 1506 ff. und 1762; BBI, 2004, S. 5479 ff.; Presse vom 24.6. und 18.8.; NZZ, 6.2., 21.8. und 25.8.04.
  - 8) Presse vom 24.6.04; NZZ, 12.11.04; Scherrer, Ursula, „Finanzierung der Pflegekosten: näher an den Ursachen anknüpfen“, in CHSS, 2004, S. 233-237.
  - 9) BBI, 2005, S. 2033 ff.; Presse vom 17.2. und 31.5.05.
  - 10) AB SR, 2006, S. 642 ff.
  - 11) AB NR, 2007, S. 1105 ff.
  - 12) AB SR, 2007, S. 767 f. und 772 ff.
  - 13) AB NR, 2007, S. 1778 ff.
  - 14) AB SR, 2008, S. 15 ff.
  - 15) AB NR, 2008, S. 608 ff. und 611 f.
  - 16) AB SR, 2008, S. 435 f.; AB NR 2008, S. 870 f.; AB SR, 2008, S. 531 f.; AB NR, 2008, S. 1022 f.
  - 17) AB SR, 2004, S. 887 ff.; Presse vom 25.8. (Kantone), 27.8. (Couchepin), 7.9. (Kantone), 12.11. und 16.11.04 (definitives Modell SGK-SR); LT, 13.11.04; TA, 16.11.04.
  - 18) BBI, 2004, S. 4327 ff.; Presse vom 23.4.04.; TA, 27.5.04.; Presse vom 22.6., 8.7. und 25.8.04.
  - 19) AB NR, 2005, S. 118 ff., 287 f., 471 und 1975; AB SR, 2005, S. 115 f. und 393; NZZ, 2.4.05; Presse vom 24.10.05.
  - 20) BBI, 2004, S. 5551 ff. und 5599 ff.; Presse vom 13.5. und 16.9.04; NZZ, 21.10.04.
  - 21) AB SR, 2006, S. 941 ff.
  - 22) AB SR, 2007, S. 478 ff.
  - 23) AB NR, 2007, S. 1786 ff.
  - 24) AB SR, 2008, S. 10 ff., 590 ff. und 778; AB NR, 2008, S. 746 ff., 1167 ff. und 1469 f.
  - 25) AB NR, 2010, S. 1003 ff., 1028 ff. und 1038 ff.
  - 26) AB SR, 2010, S. 1271 ff.
  - 27) BO CN, 2011, p. 129 ss., 1322 ss., 1620 ss., 1806 s., 1865 s.; BO CE, 2011, p. 344 ss., 770 ss., 1030 s. et 1034; Lib., 15.9.11; SGT, 6.10.11.
  - 28) Medienmitteilung BK vom 16.2.12; NZZ, 20.1.12
  - 29) NZZ, 20.1., 31.3., 2.4. und 5.6.12; 24h, 23.3.12; LT, 7.5.12; TA, 8.5. und 18.6.2012; AZ, 12.5.12; NLZ, 24.5.12.
  - 30) Milic, Thomas / Vatter, Adrian, Vox – Analyse der eidgenössischen Abstimmungen vom 17. Juni 2012, Bern 2012.
  - 31) Presse vom 31.5., 31.8. und 8.9.05.
  - 32) Presse vom 30.6.05; AB NR, 2005, S. 144 f.
  - 33) AB SR, 2005, S. 679 ff.
  - 34) Presse vom 22.11. und 23.11.05; NZZ, 12.11.05.
  - 35) AB SR, 2006, S. 39 ff., 46 ff., 70 ff., 939 f. und 1267; AB NR, 2006, S. 1849 f. und 2047; AS, 2006, S. 5785.
  - 36) AB NR, 2007, S. 413 ff., 430 ff., 447 ff. und 528 ff.
  - 37) AB SR, 2007, S. 750 ff.
  - 38) AB NR, 2007, S. 1646 ff., 1650 ff., 1769 ff., 1942 ff., 1985 und 2074 f.; AB SR, 2007, S. 1028 ff., 1036 ff., 1144 f., 1198 f. und 1210.; AB SR, 2007, S. 765; AB NR, 2007, S. 1176.
  - 39) AB NR, 2007, S. 1650 ff.
  - 40) AB SR, 2007, S. 1028 ff., 1144 f., 1196 f. und 1210; AB NR, 2007, S. 1942 f., 1986, 2050 und 2074 f.
  - 41) Presse vom 23.6.05.
  - 42) BBI, 2006, S. 7555 ff. und 7563 ff.; AB SR, 2006, S. 661, 1196 f. und 1267; AB NR, 2006, S. 1852 ff. und 2047; AS, 2006, S. 5767.
  - 43) BBI, 2007, S. 6541 ff. und 6549 ff. (BR); AB SR, 2007, S. 765 ff., 1038 f. und 1213; AB NR, 2007, S. 1777 f., 1876 und 2078; AS, 2008, S. 9.