

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfeorganisationen der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : VASOS FARES

Adresse : 3000 Bern

Kontaktperson : Elsbeth Wandeler / Bea Heim

Telefon : 031 371 57 83 / 079 790 52 03

E-Mail : elsbeth.wandeler@bluewin.ch / bea-heim@bluewin.ch

Datum : 18.11. 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen	8
Weitere Vorschläge	10
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	11

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Grundsätzliche Bemerkungen zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betr. Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 2) / Indirekter Gegenvorschlag zur „Kostenbremse-Initiative“</p> <p>Die steigenden Krankenkassenprämien sind für einen grossen Teil der Bevölkerung kaum mehr zu tragen. Einer der Hauptgründe liegt in der unsozialen Finanzierung über Kopfprämien. Hinzu kommt eine im OECD-Vergleich rekordmässig hohe direkte Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise, Selbstbehalt, Medikamente, Zahnpflege, Kostenbeteiligung bei Spitex-Leistungen etc.). Das einzige soziale Korrektiv ist die individuelle Prämienverbilligung, die aber in ihrer Wirkung immer mehr erodiert, hauptsächlich wegen der Budgetkürzungen in den Kantonen.</p> <p>Der Bundesrat schreibt im Bericht zur Vorlage, die Höhe der Einsparungen seiner beiden Kostendämpfungspakete liesse sich kaum beziffern. Zu Recht, denn eines der grossen Potenziale um Gesundheitskosten einzusparen liegt in der Gesundheitsförderung und der Prävention. Genau das wird nicht konsequent angepackt. Obwohl die Studie „Gesundheitsziele für die Schweiz“, unterstützt vom BAG und der damaligen Sanitätsdirektorenkonferenz schon 2002 kostenträchtige Lücken und konkret zu ergreifende Massnahmen aufgezeigt hat. Fast 20 Jahre nun liegen diese Vorschläge von Experten wie Ursula Ackermann-Lieblich, Fred Paccaud, Felix Gutzwiller, Therese Stutz Steiger in der Schublade. Eine verpasste Chance – hätte der Bund wenigstens den Vorschlag für ein vernetztes gesamtschweizerisches Gesundheitsinformationssystem umgesetzt, verfügte er heute zumindest über Grundlagen wie und in welchen Bereichen in der Gesundheitsversorgung die Effizienz gesteigert werden kann, wo es Fehl- und Überversorgungen gibt, wo Fehlanreize zu Kostensteigerungen oder zu Unterversorgungen und Rationierung führen. Noch fehlt es, 24 Jahre nach Einführung des KVG, an Indikatoren der Versorgungs-, Indikations- und Behandlungsqualität. Stattdessen fokussieren sich Bundesrat und Parlament wieder nur auf die Kosten ohne die politischen Ursachen für deren Steigerung fundiert zu hinterfragen, aber auch ohne sich einzugehen, dass z.B. die neue Spitalfinanzierung ein technologisches Aufrüsten, ein Wettbewerb um lukrative Fälle ausgelöst hat, die zusätzlich Mengenausweitung und Kostensteigerung befeuern. Die Politik verpasste es, das neue Finanzierungsmodell mit einer Nachweispflicht der Indikations- und Behandlungsqualität zu verknüpfen. Auch bei diesen Kostendämpfungspaketen 1 + 2 liegt der Blick fast ausschliesslich auf den Kosten. Obwohl der Expertenbericht 2017 die Wichtigkeit einer nationalen Qualitätsstrategie zur Kostendämpfung betonte. Und obwohl das Parlament 2019 das Gesetz zur „Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit“ mit grossen Mehr verabschiedet hat – um mit der Qualitätsstrategie unnötige Kosten und eine Rationierung medizinisch indizierter Leistungen zu verhindern.</p> <p>Zielvorgabe für die Kostenentwicklungen in der Grundversicherung: Zunächst begrüssen wir die ablehnende Haltung des Bundesrates zur „Kostenbremse-Initiative der CVP. Diese ist im Haupttext sehr offen formuliert und damit eine „Büchse der Pandora“. Doch das Umsetzungskonzept der Partei zeigt u.a. Massnahmen, die eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung gefährden würden, wie die Übergangsbestimmungen zeigen. Konkrete Massnahmen müssten ergriffen werden, wenn die Krankenkassenprämien um 20% stärker steigen als die Löhne. Betrachtet man die Prämien- und Lohnentwicklung vergangener Jahre, wird schnell</p>

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

klar, dass eine solch strikte Regelung zu harten Kürzungen, bzw. zu Rationierungen und damit zu einer Zweiklassen-Medizin führen würde.

Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP:

Wir lehnen aber die „Zielvorgabe“ wie sie vom Bundesrat als zentrale Massnahme des indirekten Gegenvorschlags zur CVP-Initiative vorgelegt wird ab. Mit der Einführung jährlicher Kosten-Zielvorgaben könnte sie sich als Wegbereiterin der Rationierung entpuppen – trotz gegenteiliger Beteuerungen im Bericht. Denn der Vorlage fehlt die Nachweis-Pflicht der Indikations- und Behandlungsqualität. Es fehlt jeglicher Hinweis wie und wer prüft, dass es nicht zu Rationierungen kommt. Dabei liegt es auf der Hand, Kostenziele lassen sich am einfachsten einhalten, wenn man bei den teuren Patienten spart und dafür lukrative Gesunde operiert. Die vorgesehene Sanktion mit degressiven Tarifen bei Überschreitung der Kostenziele wird den Rationierungsanreiz vor allem bei Chronisch Kranken und Älteren, die sich nicht zu wehren wissen, zusätzlich verstärken. Art. 54 „Kostenziele“ Absatz 5 sieht vor, dass die „Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung regelmässig überprüft werden sollen.“ Angesichts der heute fehlenden Basis zur Beurteilung der Indikations- und Behandlungsqualität, bleibt dies ein Versprechen, das die Realität wohl kaum ans Licht zu bringen wird. Ärzte sagen, schon heute gibt es verdeckt Rationierungen. Wie steht es mit der Überprüfung? Wird morgen getan, was heute nicht getan wird?

Wichtige Massnahmen zum Kostensparen fehlen in beiden Paketen:

Gesundheitsförderung und Prävention, die Einführung einer konsequenten **Qualitätsstrategie**, die Versorgungsketten, Leistungen, Implantate, Medikamente (Scheininnovationen) usw. miteinschliesst, wie auch die **Eliminierung wirtschaftlicher Fehlanreize** sind u. E. sinnvoller (weil patientenorientiert) als die Einführung der vorgeschlagenen Zielvorgabe. Dabei möchten wir auf zwei weitere fehlende, jedoch wirksame und dringende Massnahmen hinweisen:

Zusatzversicherungen und Fehlanreize: Durch die Existenz krasser finanzieller Fehlanreize belastet die Überversorgung im Bereich der Zusatzversicherung die Grundversicherung mit jährlich mehreren hundert Millionen Franken. (Weil der medizinische Tarif auch für jeden Eingriff bei einer zusatzversicherten Person über die Grundversicherung abgerechnet wird). Das ist inakzeptabel, weil damit Gewinne von Privatversicherern und Privatspitalgruppen sowie bisweilen überrissene Arzthonorare und Boni teilweise über die Krankenkassenprämien der Grundversicherung finanziert werden. Der „Expertenbericht Diener“ empfiehlt mit Massnahme 28 „missbräuchliche Zusatzversicherungstarife“ zu verhindern. Warum finden sich diesbezüglich keinerlei Massnahmen in den beiden Kostendämpfungspaketen? Wir fordern den Bundesrat auf, die OKP von solchen Kosten dringend zu entlasten und erwarten griffige Vorschläge zuhanden des Parlaments in dieser Vorlage (z.B. ergänzend im Artikel 21, Absatz 2 a).

Ambulant vor stationär: die falsch konstruierte Vorlage zur „Einheitlichen Finanzierung ambulant/stationär“ (EFAS) wurde zum Glück im Parlament vorerst gebremst. Allerdings wird die Schweiz – auch wenn diese Vorlage angeblich die Verlagerungspolitik „ambulant vor stationär“ fördern soll, wohl auch in Zukunft einen tieferen Anteil an spital-ambulant durchgeführten chirurgischen Eingriffen aufweisen. Eingriffslisten ohne Sicherstellung der nötigen medizinischen Anschlusspflege können nicht zum erwarteten Erfolg führen. Gerade aus Sicht der älteren Menschen ist es wichtig, erstens die Übergangspflege AÜP im zeitlichen und rehabilitativen Angebot auszubauen (um die Autonomie nach einem Ereignis im Alter wieder zu ermöglichen und nicht unbedingt nötiges Einweisen ins Pflegeheim zu vermeiden – und zweitens, dass die nötige Spitexversorgung in allen Kantonen sichergestellt und für alle zahlbar ist.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Eine letzte Bemerkung zur Zielvorgabe: Sollte diese als Massnahme die wir ablehnen, weiterverfolgt werden, ist sicherzustellen, dass die beschlossene „Eidgenössische Qualitätskommission“ der geplanten „Eidgenössischen Kommission für Kostenziele“ die nötigen Instrumente zur Verfügung stellt, damit die Qualität in Gesundheitsversorgung, Behandlung, Pflege und Reha patientenorientiert gesichert und wo nötig (Beispiele, für den Handlungsbedarf gibt es viele) verbessert werden. Für die Sicherheit aller PatientInnen, besonders der Chronisch Kranken und der Älteren ist dies zentral. Kostenziele ohne nachweisliche Qualitätsstrategie auf Bundes- und Kantonsebene erachten wir als unverantwortbaren Blindflug.

Erstberatungsstelle und koordinierte Versorgung:

Der Bundesrat anerkennt mit seinen Vorschlägen die Bedeutung der kompetenten Beratung und der Koordination in der Gesundheitsversorgung. Für die VASOS ist die vom Bundesrat vorgesehene Trennung in eine Erstberatungsstelle einerseits und in Netzwerke zur koordinierten Versorgung andererseits nicht nachvollziehbar. Die Aufgaben der Beratung, der Koordination und der Dossierführung müssen vielmehr in einer Stelle gebündelt werden, weil sie ineinandergreifen und sich gegenseitig bedingen. So sind gute Dossierkenntnisse eine unabdingbare Voraussetzung für eine kompetente Beratung. Die Ergebnisse einer Beratung wiederum bilden die Grundlage für die Wahl der Versorgungsketten, und aus ihr ergeben sich wichtige Kriterien für die Koordination.

Gemäss Bundesrat sollen die Erstberatungsstellen als Gatekeeper abschliessend darüber entscheiden, ob die Versicherten weitere Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung beanspruchen können. Die VASOS fordert den Verzicht auf dieses Gatekeeping denn es führt zu einer Doppelspurigkeit, welche in keiner Weise im Interesse der Patienten ist. Zudem untergräbt es das Vertrauen zwischen den Versicherten und ihrer Beratungsstelle – vor allem, wenn, wie vom Bundesrat vorgesehen, die Einführung einer solchen Stelle als Kostendämpfungsmassnahme positioniert wird. Das Misstrauen wird zusätzlich verstärkt, wenn die Erstberatungsstelle durch Globalbudgets gesteuert ist und damit ein zusätzliches ökonomisches Interesse daran hat, möglichst wenig Überweisungen an Leistungserbringer zuzulassen. Eine besondere Gefahr droht dabei den Patientinnen und Patienten mit schweren, langwierigen oder chronischen Erkrankungen: Für die Erstbehandlungsstellen würden sie zum ökonomischen Risiko, weil sie zu viele Überweisungen ‚beanspruchen‘.

Die VASOS vertritt die Haltung dass mit dem **Konzept der Beratungs- und Koordinationsstelle BKS** eine wirtschaftliche und patientenfreundliche Lösung zur Verfügung steht.

Als BKS können Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Praxisgemeinschaften, Ambulatorien und weitere Netzwerke, eine kompetente Erst- und Grundversorgung sowie die Kontinuität in der Begleitung der Versicherten gewährleisten. Die BKS stärken zudem die interprofessionelle Zusammenarbeit. Berufsgruppen wie die Advanced Practice Nurses. Gerade diese Berufsgruppe können im Rahmen solcher Netzwerke wichtige Aufgaben übernehmen. Weiter bestehen Möglichkeiten, Institutionen wie die Spitex oder Pflegeheime und Apotheken in solche Netzwerke einzubinden. In den BKS vereint sich Beratung, Koordination und Dossierführung unter einem Dach. Sämtliche Versicherten nominieren verbindlich eine BKS. Sie können ihre BKS jederzeit wechseln. In begründeten Fällen können sie zu Vorschlägen und Empfehlungen ihrer BKS

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

	<p>eine unabhängige Zweitmeinung einholen. Die freie Ärzt*innenwahl wird somit vollumfänglich gewahrt, was für die VASOS ein zentrales Anliegen ist.</p> <p>Die BKS werden von den Kantonen akkreditiert. Die Kantone stellen sicher, dass sämtliche Versicherten Zugang zu einer BKS haben. Die Grundleistungen der BKS sollen aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden.</p> <p>Leistungserbringer, die in die gängigen Hausarzt- und HMO-Modelle eingebunden sind, können nur unter folgenden Bedingungen als BKS nominiert werden. Erstens müssen Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern für die davon betroffenen Versicherten und für die Öffentlichkeit vollständig einsehbar sein, was heute nicht der Fall ist. Zweitens dürfen diese Verträge keine Bestimmungen enthalten, die Anreize schaffen können, den Versicherten unerlässliche Leistungen vorzuenthalten.</p> <p>Preismodelle und Rückerstattungen sowie Ausnahme vom Zugang nach BGÖ Dass die Schweiz auf nationaler Ebene Wege gefunden werden hinsichtlich Versorgungssicherheit, aber auch wie neue Arzneimittel der Bevölkerung zugänglich gemacht werden können, ohne dabei die solidarische Grundversicherung mit immer exorbitanteren Beträgen zu belasten, ist klar. Daher unterstützen wir die Vorschläge zur gesetzlichen Festsetzung der in der Praxis seit längerem existierenden „Preismodelle“. Dies allerdings nur, wenn die Rückerstattungen öffentlich transparent gemacht werden. Wir lehnen daher die vorgeschlagene „Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten“ ab. Wie der EDÖB öffentlich anmerkte, steht eine Verankerung einer solchen Geheimhaltungsklausel im Widerspruch zum Öffentlichkeitsprinzip.</p> <p>Weitere Massnahmen</p> <p>Differenzierte WZW-Prüfung und kostengünstige Vergütung: Wir begrüssen die vorgeschlagene Rechtsgrundlage für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien bei Arzneimitteln, Laboranalysen, MiGel-Produkten. Die Ergebnisse sollen öffentlich gemacht werden.</p> <p>Referenztarife für die schweizweite Spitalwahl: Die Kantone sind heute verpflichtet, bei ausser-kantonalen Behandlungen den entsprechenden Tarif eines ihrer Listenspitäler als Referenztarif fest-zulegen. Weil aber die Modalitäten hierzu gesetzlich nicht festgelegt sind, setzen einiger Kantonen bewusst zu tiefe Referenztarife an um ausserkantonale Behandlungen zu verhindern. Damit schränken sie de facto die beschlossene Wahlfreiheit der PatientInnen ein. Im heutigen System können jedoch protektionistisch tief angesetzte Referenztarife nicht akzeptiert werden.</p> <p>Elektronische Rechnungsübermittlung: wir begrüssen die gesetzliche Einführung einer für alle Leistungserbringer verpflichtende Rechnungsübermittlung in elektronischer Form. Aus Sicht der älteren PatientInnen ist es jedoch wichtig, dass für die Versicherten die Möglichkeit des kostenfreien Erhalts der Rechnung in Papierform gewährleistet ist (wie in VE-KVG Art. 42 vorgesehen)</p>
<p>Fehler! Verweisquelle</p>	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle					

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.					

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

1. Dokumentschutz aufheben
2. Zeilen einfügen mit Copy-Paste
3. Dokumentschutz wieder aktivieren

1 Dokumentschutz aufheben

The screenshot shows the Microsoft Word 2010 interface. The 'Überprüfen' ribbon is selected, and the 'Dokument schützen' button is highlighted with a red circle. The document content is a form titled 'Vernehmlassung Tabakproduktegesetz'. It contains two tables. The first table is titled 'Allgemeine Bemerkungen' and has two columns: 'Name/Firma' and 'Bemerkung/Anregung'. The second table is titled 'Erläuternder Bericht (ohne Kapitel 2 "Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln")' and has three columns: 'Name/Firma', 'Kapitel-Nr.', and 'Bemerkung/Anregung'. The status bar at the bottom indicates 'Seite: 4 von 9' and 'Wörter: 1.420'.

Allgemeine Bemerkungen	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung

Erläuternder Bericht (ohne Kapitel 2 "Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln")		
Name/Firma	Kapitel-Nr.	Bemerkung/Anregung

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)

Control-C für Kopieren

Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Vernehmlassungsformular_TabPG_DE [Kompatibilitätsmodus] - Microsoft Word

Start Einfügen Seitenlayout Verweise Sendungen Überprüfen Ansicht Add-Ins

Rechtschreibung und Grammatik Recherchieren Thesaurus Übersetzen QuickInfo für die Übersetzung Sprache festlegen Wörter zählen

Neuer Kommentar Löschen Vorheriges Element Nächstes Element Änderungen nachverfolgen Sprechblasen Überarbeitungsfenster Markup anzeigen Annehmen Ablehnen Weiter Vergleichen Quelldokumente anzeigen Dokument schützen

Vernehmlassung Tabakproduktegesetz

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : []

Abkürzung der Firma / Organisation : []

Adresse : []

Kontaktperson : []

Telefon : []

E-Mail : []

Datum : []

Wichtige Hinweise:

- Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
- Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
- Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
- Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 12. September 2014 an folgende E-Mail Adresse: dm@baq.admin.ch und tabak@baq.admin.ch

1. Formatierungseinschränkungen
Formatierungen auf eine Auswahl v
Formatvorlagen beschränken
Einstellungen...

2. Bearbeitungseinschränkungen
 Nur diese Bearbeitungen im Dokum
zulassen:
Ausfüllen von Formularen
Headings ausblenden

3. Schutz anwenden
Sind Sie bereit diese Einstellungen zu
übernehmen? (Sie können sie später
abschalten.)