année politique suisse

DOKUMENTATION · ANALYSE · DIFFUSION

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Prozess

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

Impressum

Herausgeber

Année Politique Suisse
Institut für Politikwissenschaft
Universität Bern
Fabrikstrasse 8
CH-3012 Bern
www.anneepolitique.swiss

Beiträge von

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

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Meyer, Luzius; Rohrer, Linda; Schnyder, Sébastien 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Die Stimmbevölkerung kippt die Vorlage der KVG-Reform Managed Care nach langjähriger Arbeit an der Urne (BRG 04.062), 2004 - 2012*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 12.10.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik 1
Sozialpolitik 1
Sozialversicherungen 1
Krankenversicherung 1

Abkürzungsverzeichnis

SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen

CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Sozialversicherungen

Krankenversicherung

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 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. [1]

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 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.

Obgleich 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. [2]

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 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. [3]

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 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. [4]

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 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 Kommissionsmehrheit 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 Kommissionsmehrheit 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. [5]

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 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. [6]

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 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 Prämienerhöhung. [7]

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 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. [8]

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 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 Fachärzteverband 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. [9]

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 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 [10]

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 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. [11]

---

1) BBl, 2004, S. 5551 ff. und 5599 ff.; Presse vom 13.5. und 16.9.04; NZZ, 21.10.04.
2) AB SR, 2006, S. 941 ff.
3) AB SR, 2007, S. 478 ff.
4) AB NR, 2007, S. 1786 ff.
5) AB SR, 2008, S. 10 ff., 590 ff. und 778; AB NR, 2008, S. 746 ff., 1167 ff. und 1469 f.
6) AB NR, 2010, S. 1003 ff., 1028 ff. und 1038 ff.
7) AB SR, 2010, S. 1271 ff.
8) 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.
9) Medienmitteilung BK vom 16.2.12; NZZ, 20.1.12
10) Milic, Thomas / Vatter, Adrian, Vox – Analyse der eidgenössischen Abstimmungen vom 17. Juni 2012, Bern 2012.
11) 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.