

## **Ablehnung durch differenzierte Einschätzung der Schlüsselargumente**

*Nachanalyse der Volksentscheidung  
„Teilrevision Gesundheitsgesetz“,  
erstellt im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich*

*Projektteam:*

Urs Bieri, Claude Longchamp, Lukas Golder, Silvia Ratelband



Büro Bern:  
Hirschengraben 5  
Postfach 6323  
3001 Bern  
Telefon: 031/311 08 06  
Fax: 031/311 08 19  
e-mail: [gfs@gfs-be.ch](mailto:gfs@gfs-be.ch)

Büro Zürich:  
Riedtlistrasse 9  
8006 Zürich  
Telefon: 01/361 51 00  
Fax: 01/350 35 33  
e-mail: [gfs@gfs-zh.ch](mailto:gfs@gfs-zh.ch)  
<http://www.gfs.ch>

Bern, 7. November 2001

# Inhaltsverzeichnis

<b>INHALTSVERZEICHNIS .....</b>	<b>2</b>
<b>1. DIE EINLEITUNG .....</b>	<b>3</b>
<b>2. DER FORSCHUNGSPLAN .....</b>	<b>5</b>
2.1. DIE GENERELLE THESE DES DISPOSITIONSANSATZES .....	5
2.2. DIE ARBEITSHYPOTHESEN.....	6
2.3. DER FRAGEBOGEN .....	7
2.4. DIE BEFRAGUNG .....	8
2.5. DIE DATENANALYSE .....	9
<b>3. DIE BEFUNDE .....</b>	<b>11</b>
3.1. DAS ABSTIMMUNGSERGEBNIS .....	11
3.2. DAS KONFLIKTMUSTER UNTER DEN STIMMENDEN .....	12
3.2.1. <i>Die Übersicht</i> .....	12
3.2.2. <i>Politische Konfliktlinien</i> .....	12
3.2.3. <i>Gesellschaftliche Konfliktlinien</i> .....	14
3.2.4. <i>Themenbedingte Konfliktlinien</i> .....	17
3.2.5. <i>Zwischenbilanz</i> .....	20
3.3. DIE MEINUNGSBILDUNG DER STIMMENDEN .....	22
3.3.1. <i>Die Übersicht</i> .....	22
3.3.2. <i>Das Informationsverhalten</i> .....	22
3.3.3. <i>Zwischenbilanz</i> .....	25
3.3.4. <i>Die Beurteilung der Botschaften Pro und Kontra</i> .....	27
3.3.5. <i>Zwischenbilanz</i> .....	31
3.3.6. <i>Das finale Erklärungsmodell</i> .....	32
3.4. DIE ALTERNATIVEN NACH DER VOLKSENTSCHEIDUNG .....	34
3.4.1. <i>Die Übersicht</i> .....	34
3.4.2. <i>Was ist nach der Abstimmung mehrheitsfähig?</i> .....	35
3.4.3. <i>Zwischenbilanz</i> .....	36
<b>4. SYNTHESE .....</b>	<b>37</b>
4.1. ÜBER WAS WURDE AUS BEHÖRDEN RESP. BÜRGERINNEN-SICHT ABGESTIMMT? .....	37
4.2. INTERPRETATION DER ERGEBNISSE IM RAHMEN DES DISPOSITIONSANSATZES.....	38
<b>5. DAS GFS-FORSCHUNGSTEAM .....</b>	<b>42</b>

# 1. Die Einleitung

Der Soverän des Kantons Zürich lehnte am 23. September 2001 die Teilrevision des Gesundheitsgesetzes ab. Rund 37% der stimmberechtigten Bevölkerung des Kantons Zürich trugen mit 54% ein Nein an die Urne. Demgegenüber stimmten 46% Ja an der Urne.

Jeder Urnengang liefert nur einen dichotomen Ja-/Nein-Entscheid. Entweder wird eine Vorlage angenommen oder abgelehnt. Wer hat aber vermehrt abgelehnt und dies aus welchen Gründen? Und wie stellen sich die Ablehnenden die Zukunft in Bezug auf dieses spezifische Thema vor? Jede UrnengängerIn hat sich mit diesen Fragen konfrontiert und daraus ihren Stimmentscheid generiert. Die Antworten auf diese wichtigen Fragestellungen sind also im Urnenentscheid enthalten, allerdings in unsichtbarer Form.

Im Prinzip kann die interessierte BeobachterIn den parlamentarischen Prozess bis zur Verabschiedung einer Revision verfolgen, und in einem zweiten Schritt den Abstimmungskampf beobachten und dann von sich behaupten, sie wisse die Gründe für die Ablehnung. Doch weiss sie diese wirklich? Und wenn Nein, was heisst das generell oder in der vorliegenden, ganz spezifischen Thematik.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat sich entschlossen, den Stimmentscheid detaillierter zu interpretieren und wissenschaftliche Einsicht in genau diese Fragestellungen zu erhalten. Ziel der Studie ist es, das Abstimmungsverhalten der Zürcher vom 23. September 2001 bei der Entscheidung gegen die Teilrevision des Gesundheitsgesetzes nachvollziehen zu können. Die Analyse sollte vorrangig Antworten auf drei Fragenkomplexe geben. Es soll

1. *nach Verteilungsmustern geforscht werden in Bezug auf soziodemographische Variablen (wer hat wie abgestimmt?),*
2. *der Informationsstand sowie die zugrundeliegende Motivation untersucht werden (welche Argumente werden akzeptiert, welche nicht?) und*
3. *nach den Konsequenzen gesucht werden, die aufgrund der Abstimmungsergebnisse zu ziehen sind.*

In der Folge berichten wir über die Resultate des Forschungsprojektes. Dem Bericht vorangestellt ist eine Kurzfassung der Studienergebnisse, die als Medienfassung gedacht ist. Der ausführliche Bericht ist nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten verfasst und stärker statistisch ausgerichtet. Er ist denn auch weniger für die raschen Informationsbedürfnisse professioneller Kommunikatoren gedacht, sondern als Nachschlagemöglichkeit für speziell Interessierte, welche die Befunde und Folgerungen vertieft dargestellt haben und auch den Aufbau unserer Interpretation des Abstimmungsergebnisses nachvollziehen möchten.

Die Berichterstattung ist wie folgt aufgebaut:

- Im Kapitel 2 stellen wir unser Forschungskonzept vor. Erläutert werden die generelle These der Analyse und die Arbeitshypothesen, die sich daraus und in Kenntnis des Abstimmungsergebnisses ergeben. In diesem Teil fassen wir auch die wichtigsten Informationen zum Projektablauf, vor allem die technischen Daten der Befragung, zusammen.
- Im Kapitel 3 stellen wir die Befunde vor, die sich aus der Nachbefragung ergeben. Erläutert wird einerseits das Verhalten der wichtigsten politischen und gesellschaftlichen Gruppen, andererseits zeigen wir auf, welche Aufnahme die Argumente der Kampagne fand. Über die Beschreibung der Resultate hinaus sind wir bestrebt, gesicherte Zusammenhänge zu dokumentieren, die es erlauben, das spezielle Profil der Abstimmung zu erklären.
- Im Kapitel 4 fassen wir die Ergebnisse zusammen und synthetisieren sie unter den Gesichtspunkten, welche die Arbeitshypothesen nahelegen.

Im Anhang finden sich Dokumente, die für die Lektüre nicht unbedingt erforderlich sind.

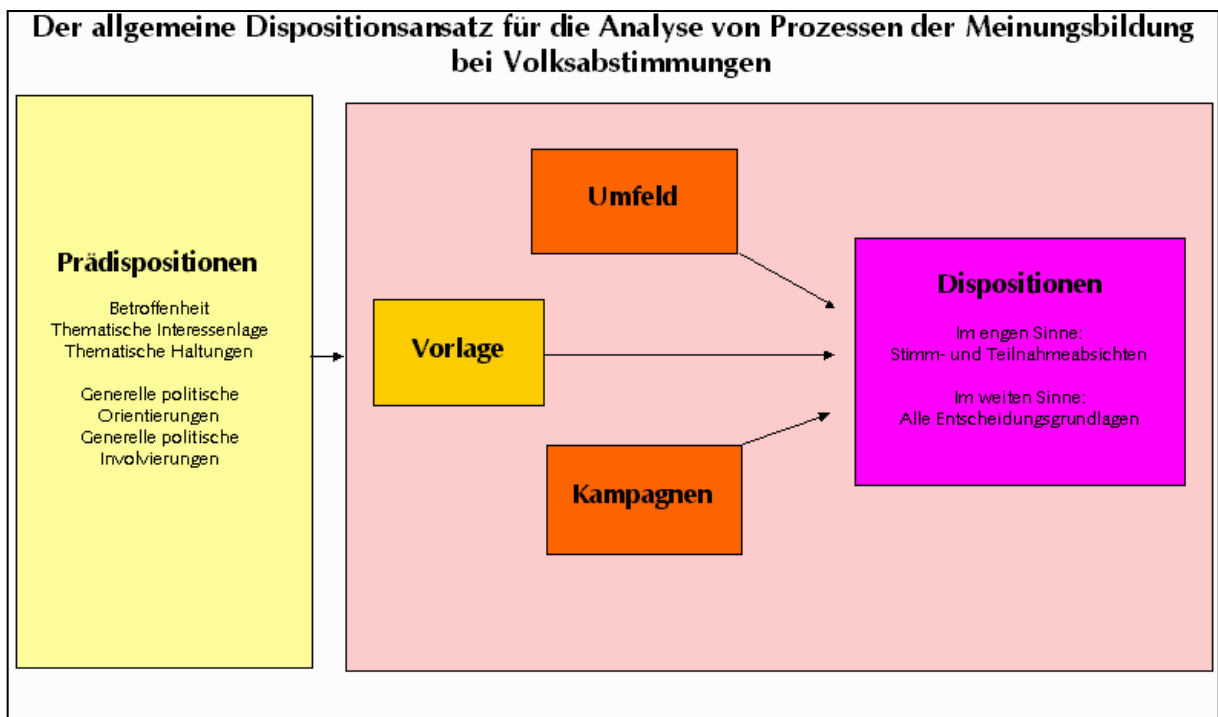
## 2. Der Forschungsplan

Als Konzept für Abstimmungsanalysen hat das GfS-Forschungsinstitut den Dispositionsansatz entwickelt. Er ist besonders geeignet, über den Einzelfall hinaus verständlich zu machen, wer wie gestimmt hat, was dazu geführt hat und was aus der Entscheidung gefolgert werden kann. Ohne in die Details zu gehen, seien die hauptsächlichen Prämissen des Ansatzes und die Folgerungen, die sich für die Analyse ergeben, kurz vorgestellt.

### 2.1. Die generelle These des Dispositionsansatzes

Die These des Dispositionsansatzes lautet: Ergebnisse von Volksabstimmungen zu einer bestimmten Vorlage stehen in der Regel nicht ein für alle Male fest. Vielmehr sind sie das Produkt aus Prädispositionen der Bevölkerung und aus Kampagnewirkungen, die in einem bestimmten Umfeld erzeugt worden sind.

Grafik 1



Quelle: GfS-Forschungsinstitut, Campaigning

Elemente dieser Definition sind nebst der „Entscheidung“ auch „Kampagnen“, „Prädispositionen“, „Umfeld“ und „Vorlage“. Formalisiert werden Entscheidungen als Funktion von Vorlagen, Kampagnen, Prädispositionen und Umfeld gesehen. Entscheidungen variieren demnach, wenn sich mindestens eines der Elemente ändert. Allerdings können sie

sich nicht beliebig entwickeln. So wird die Öffentlichkeitsarbeit durch das Umfeld und die Vorlage mitbestimmt, und Prädispositionen ändern sich in der Regel nur langfristig oder nur als Folge von veränderten Umfeldbedingungen. Schliesslich können auch Vorlagen nicht einfach ausgewechselt werden.

Streng genommen setzt der Dispositionsansatz Vor- und Nachanalyse von Entscheidungsprozessen voraus. Denn nur so können Prädispositionen sauber ermittelt werden, da sie sich als Vorverständnisse der BürgerInnen von Problemen und Lösungsvorschlägen verstehen, die nicht erst unter Bedingungen gezielter Öffentlichkeitsarbeit entstehen. Vielmehr stellen sie die Basis dar, auf der die Politik Meinungsbildung betreiben sollte, sei es als Bestätigung, als Weiterentwicklung oder als Umkehr bisheriger Präferenzen. Prädispositionen sind als politische Routinen vorhanden, aber auch als Interessenlagen, als Werthaltungen und als Identitäten, sofern diese für die Entscheidung von Belang sind oder werden können. Die Prozessuntersuchungen können auch deutlich machen, wie diese Meinungsbildung entsteht und welche Faktoren im Ablauf wirksam waren.

Nachanalysen müssen auf die Prozessbetrachtung verzichten, verfahren aber grundsätzlich nach dem gleichen Analyseschema. Retrospektiv gesehen werden Entscheidungen zu einer Vorlage sichtbar, die als Folge der Informationsverarbeitung geschahen. Diese kann sehr ausführlich gewesen sein; die Entscheidung ist denn auch in diesem Fall eine bewusste Wahl zwischen Möglichkeiten, die aufgrund von Kampagnebotschaften getroffen wurde. Die Informationsverarbeitung kann aber auch eher rudimentären Charakter gehabt haben; unter dieser Bedingung werden meist Routinen wie Parteibindungen oder Regierungsvertrauen/misstrauen für die Entscheidung wichtiger. Beides ist einerseits abhängig von den politischen Kompetenzen, der Betroffenheit durch die Thematik und der Komplexität der Vorlage. Die Meinungsbildung, die so entsteht, steuert denn auch die Teilnahme an der Volksabstimmung. Beteiligungs- und Sachentscheidungen fallen aber nicht nur als Folge von Informationsverarbeitung, sondern sind auch in gewissem Sinne vorgeformt: Interessen der BürgerInnen, die während der Meinungsbildung angesprochen wurden, bestimmten ihren Entscheid. Werthaltungen helfen, Entscheidungsunfähigkeit aufzulösen, und Emotionen motivieren BürgerInnen, ihre private Meinung via Volksabstimmungen auch zu politisch verbindlichen Stellungnahmen zu machen. Politische Bindungen und gesellschaftliche Zugehörigkeiten steuern diese vielfältigen Prozesse.

## **2.2. Die Arbeitshypothesen**

Der Dispositionsansatz legt bei der Erklärung von Entscheidungen, die BürgerInnen bei Volksabstimmungen treffen, eine Reihe von Hypothesen nahe; soweit diese in Kenntnis des Abstimmungsausgangs von Belang erschienen, haben wir sie zum Ausgangspunkt für die nachstehende Analyse genommen. Unsere Arbeitshypothesen für diesen Bericht lauten:

### *1. Arbeitshypothese*

Entscheidungen zu Behördenvorlagen werden um so eher geteilt, als Vertrauen in die Behörden das Klima bestimmt und die Regierungsparteien die Behördenposition teilen. Zustimmung ist insbesondere bei Personen zu erwarten, die den Behörden vertrauen und die sich mit Regierungsparteien identifizieren, die für eine Behördenvorlage sind.

### *2. Arbeitshypothese*

Entscheidungen zu Behördenvorlagen werden um so eher geteilt, als eine Vertrautheit der BürgerInnen mit den Forderungen der Behörden besteht, sei dies selbstredend oder aufgrund der Kampagnenkommunikation. Zustimmung ist insbesondere bei Personen zu erwarten, die sich informiert resp. nicht überfordert fühlen.

### *3. Arbeitshypothese*

Entscheidungen über Behördenvorlagen werden um so eher geteilt, als die Behörden vorlagenspezifische Botschaften entwickeln resp. sich auf Selbstverständnisse und Interessen stützen können, die mehrheitlich geteilt und entscheidungsrelevant in die Meinungsbildung eingebracht werden können.

## **2.3. Der Fragebogen**

Der Fragebogen bei der Spezialuntersuchung wurde in zwei Schritten erstellt: Im ersten Schritt wurden die Indikatoren bestimmt, die für die Überprüfung der Arbeitshypothesen nötig sind. Im zweiten Schritt wurde ein Fragenbogen formuliert, der sich für Bevölkerungsbefragungen eignet.

Die Arbeitshypothesen verlangen mindestens 5 Module, eines zu den abhängigen Variablen und vier zu den unabhängigen. Die abhängige Variablengruppe nennen wir „Handeln bei der Abstimmung“; sie enthält Angaben zum Beteiligungs- und Sachentscheid sowie zu den damit verfolgten Absichten der Individuen. Die vier unabhängigen Module folgen den Arbeitshypothesen, wir nennen sie die „Beurteilung der Botschaften“, die „politischen Routinen“ und das „Informationsverhalten“. Das letzte dieser Module enthält die gesellschaftlich relevanten Angaben zu den Befragten, wie die soziodemografischen und sozio-ökonomischen Angaben zur Person resp. zum Haushalt sowie die Angaben zu Wohnort, die wir als indirekte Operationalisierung von Interessenlagen und Werthaltungen verwendeten.

Bei der Formulierung der Botschaften, die evaluiert werden sollten, ermittelten wir in einem ersten Schritt die strittigen Themen zwischen der Ja- und Nein-Seite, wobei die Unterlagen der Komitees und die Medienberichterstattung als Ausgangsmaterial dienten. In einem zweiten Schritt formulierten wir daraus die Kernaussagen, deren Gültigkeit wir mit der Sicht des Kunden abstimmten.

Das Vorgehen beim Fragebogen folgte den Erfahrungen, die wir bei anderen Abstimmungsnachanalysen, namentlich im Rahmen der VOX-Analysen, gesammelt haben. Es berücksichtigte auch die Erkenntnisse zu kantonalen Abstimmungen, soweit wir diese aus einigen Pilot-Projekten generieren konnten.

**Tabelle 1:**  
**Übersicht über die Module und Indikatoren der Befragung „Nachanalyse EKZ-Volksentscheidung“**

<i>Raumbezogene Merkmale</i> Siedlungsart (BfS-Code)
<i>Haushalts-/Personenbezogene Merkmale</i> Geschlecht Alter Schulabschluss Erwerbstätigkeit/-grad Einkommen (des Haushaltes)
<i>Informationsverhalten</i> Politisches Interesse Nutzung ausgewählter Medien während der Kampagne Selbstreferierte Informiertheit
<i>Politische Routinen</i> Regierungsvertrauen/misstrauen Parteibindung Mittlere Teilnahmehäufigkeit bei Volksabstimmungen
<i>Beurteilungen von Botschaften</i> 9 Botschaften der Ja-Seite 11 Botschaften der Nein-Seite
<i>Handeln bei der Abstimmung</i> Teilnahmeverhalten Stimmverhalten Individuelle Begründung der Sachentscheidung

Quelle: GfS-Forschungsinstitut, Nachanalyse Teilrevision Gesundheitsrevision

## 2.4. Die Befragung

Die Befragung eines Querschnitts von Stimmberechtigten des Kantons Zürich fand zwischen dem 24. September und 5. Oktober 2001 statt, also in der ersten und zweiten Woche nach der Volksabstimmung.

Die Befragung wurde mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI) realisiert. Sie wurde auf dem firmeneigenen Befragungslabor durchgeführt. Die Interviews machten 40 ausgebildete BefragterInnen. Sie wurden vorgängig über Ziel und Ablauf der Befragung instruiert, während der Befragungsarbeit intern und extern supervisiert und allen-

falls auch korrigiert. Die Befragungsarbeit wurde an Werktagen zwischen 8 Uhr morgens und 9 Uhr abends realisiert. Die von den Befragenden produzierten Angaben wurden nachträglich plausibilisiert und auf allfällige Einflüsse der InterviewerInnen untersucht. Die Qualität der gelieferten Arbeit war für die Entlohnung relevant.

Besondere Vorkommnisse während der Befragungszeit sind keine zu verzeichnen. Auch ergaben sich keine speziellen Schwierigkeiten bei der Rekrutierung der Personen für die Interviews resp. bei der Durchführung der eigentlichen Befragungsarbeit.

Die stimmberechtigten EinwohnerInnen des Kantons Zürich bildeten die Grundgesamtheit der befragbaren Personen. Erschlossen wurden sie durch das cd-rom-Verzeichnis der Swisscom. Die Auswahl der Telefonnummern, die zu kontaktieren waren, erfolgte nach einem systematischen Zufallsverfahren. Dieses garantiert, dass alle Telefonhaushalte die gleiche Chance haben, kontaktiert zu werden. Jede Nummer wurde dabei maximal 5 Mal angewählt, danach, wenn kein Interview zustande gekommen war, ausgeschlossen. In einem Haushalt, der kontaktiert werden konnte und mehr als eine Person stimmberechtigt war, wurde die zu befragende Person nach der Geburtstagsmethode bestimmt. Interviewt wurde dabei jeweils jene Person, die als letzte von den in Fragen kommenden Personen im Kalenderjahr Geburtstag feiert. Auch dies garantiert eine Zufallsverteilung der befragten Personen.

Bei der Realisierung der Stichprobe wurden zwei Ziele verfolgt: Zunächst sollten 1000 verwertbare Interviews realisiert werden. Damit die stimmenden Personen genauer analysiert werden konnten, legten wir fest, dass rund 600 der 1000 Interviews aus dieser Teilgruppe stammen sollten. Bei zirka 400 sollte es sich um BürgerInnen handeln, die an der Abstimmung nicht teilgenommen hatten. Die Verzerrung, die dadurch für Aussagen auf die gesamte Stimmbürgerschaft entstand, wurde in der Auswertung rückgängig gemacht, indem die Angaben der Abwesenden umgekehrt proportional zur Beteiligungsquote an der Volksabstimmung gewichtet berücksichtigt wurden.

## **2.5. Die Datenanalyse**

Der systematische Zufallscharakter der zu befragenden Personen hat seinen Grund in der Anwendung statistischer Routinen.

Bei der Beschreibung von Resultaten, die auf systematischen Zufallsstichproben basieren, ist es insbesondere möglich, statistische Fehlerquoten zu berechnen. Diese variiert in erster Linie aufgrund der Stichprobengrösse, wobei der statistische Fehlerbereich mit zunimmt, je kleiner die Stichprobe ist. Bei 1000 Befragten beträgt er vereinfacht ausgedrückt +/- 3.2 Prozent, bei 600 Befragten +/- 4.1 Prozent. Mit anderen Worten: Wird ein Wert – bezogen auf die Stimmberechtigten - mit 50 Prozent angegeben, liegt er mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von maximal 5 Prozent zwischen 46,8 und 53,2 Prozent, wobei kleinere Abweichungen wahrscheinlicher sind als grössere.

Zusammenhänge zwischen zwei Variablen testen wir zuerst mit dem Signifikanztest. Dieser gibt in analoger Weise an, ob mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von maximal 5 Prozent aufgrund der Befragtenzahl und der Verteilung der Antworten auf beiden Variablen, ein verallgemeinernder Schluss zulässig ist oder nicht. Wenn dies nicht der Fall

ist, halten wir das entweder explizit fest (falls Gegenteiliges erwartet wurde). Wenn dies dagegen der Fall ist, sprechen wir einfach von einem „signifikanten“ Zusammenhang. Als weitere Sicherheit legten wir fest, dass wir Merkmalsgruppen mit weniger als 50 Befragten in einem Merkmal überhaupt nicht auswerten. Dies hat allerdings zu Folge, dass sich speziell das Stimmverhalten der Anhängerschaften von kleineren Parteien in der Untersuchung nicht findet.

Die Stärke signifikanter Zusammenhänge wird mittels Korrelations- und Regressionsanalysen bestimmt. Korrelationen werden dann verwendet, wenn eine abhängige Variablen durch eine einzige unabhängige bestimmt werden soll. Die verwendete Masszahl hängt dabei von der Skalenqualität der Variablen ab. In der Regel verwenden wir aber Cramers-V, da die abhängige Variable dichotom ist (Ja/Nein) und ausgefeilte Korrelationsanalysen nicht zulässt. Soll dagegen der Einfluss mehrerer unabhängiger Variablen miteinander auf die abhängige Variable bestimmt werden, eignet sich die logistische Regression. Sie schätzt den Wert einer unabhängigen Variable auf die abhängige Variable, wobei sie dies unter Berücksichtigung der Einflüsse aus den anderen Variablen im Modell bestimmt. Die so ermittelten Regressionskoeffizienten für alle Variablen des Modells ergeben zusammen mit den Antworten auf jede unabhängige Variable einen Prognosewert. Dieser bestimmt die Wahrscheinlichkeit mit der die abhängige Variable 0 oder 1 resp. in unserem Fall Ja oder Nein sein sollte. Der Vergleich dieser Prognose mit dem bekundeten Abstimmungsverhalten kann als Massstab für die Modellgüte gelten. Je besser das effektive Abstimmungsverhalten rekonstruiert werden kann, desto aussagekräftiger ist das Modell an sich, und um so bedeutsamer sind die einzelnen Korrelationskoeffizienten.

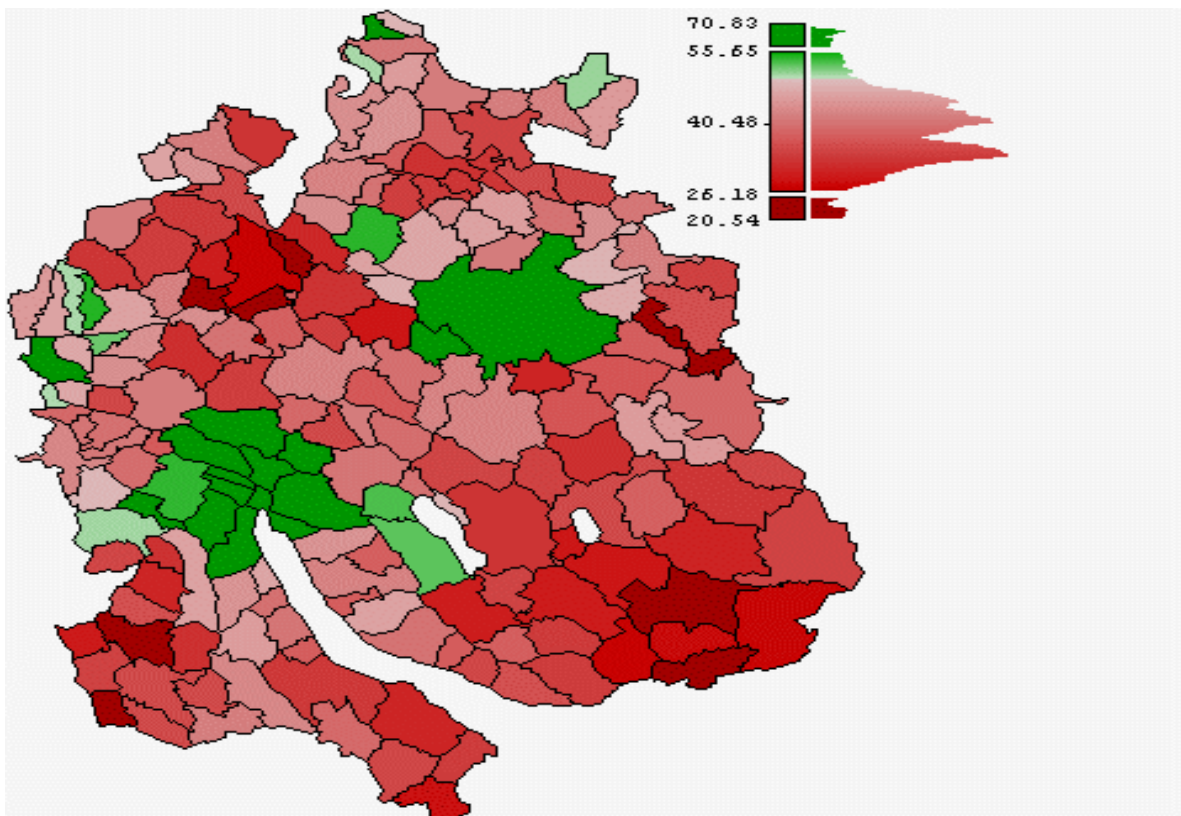
### 3. Die Befunde

#### 3.1. Das Abstimmungsergebnis

Bekannterweise wurde die Vorlage mit 54% Nein zu 46% Ja abgelehnt. Die Stimmbeteiligung ist dabei mit 37% durchschnittlich. Überdurchschnittliche Beteiligungen kommen dann zustande, wenn die Vorlage auf grosses (kantonaes) Interesse stösst und/oder die Thematik eine hohe emotionalisierende oder polarisierende Flächenwirkung aufweist. Dies war hier trotz intensiven Kampagnen nicht der Fall.

Offensichtlich ist der Graben entlang der Stadt-Land-Grenze<sup>1</sup> bei den kommunalen Ergebnissen:

Grafik 2: Abstimmungsergebnissen nach Kanton



Quelle: Statistisches Amt Kt. Zürich

Auf einen Blick lassen sich alle mehrheitlich urbanen Regionen erkennen, sie stimmten der Vorlage zu. Auf der anderen Seite stimmten ländliche Gemeinden fast geschlossen gegen die Teilrevision des Gesundheitsgesetzes.

<sup>1</sup> Definition Stadt/Land nach Bundesamt für Statistik

## 3.2. Das Konfliktmuster unter den Stimmenden

### 3.2.1. Die Übersicht

In einem ersten analytischen Schritt wollen wir Aufschluss darüber geben, wer, welchen Stimmentscheid getroffen hat. Wir nähern uns der Beantwortung dieser Frage über drei Ansätze:

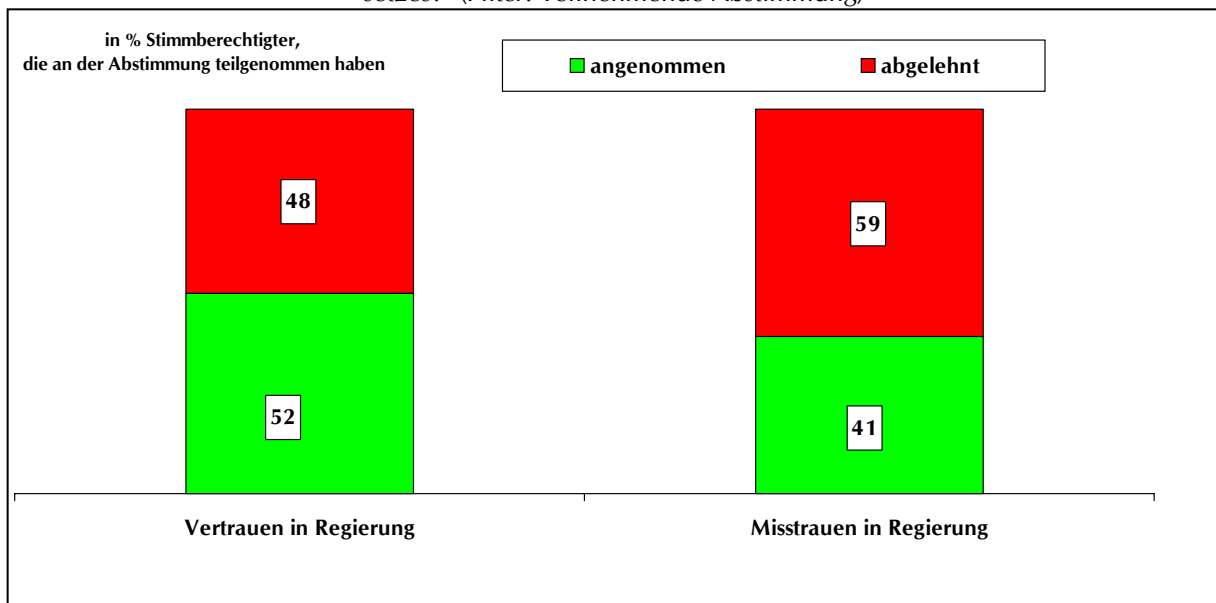
- Einmal über einer Beleuchtung der politischen Konfliktlinien,
- sodann über eine Abklärung gesellschaftsrelevanter Konfliktlinien und
- und schlussendlich mittels einer Betrachtung von themenbedingten Einflüsse

In einer abschliessenden Synthetisierung gewichten wir die einzelnen soziodemographischen Einflüsse untereinander, um auch Einblick in ihre gegenseitige Einflussnahme zu erhalten.

### 3.2.2. Politische Konfliktlinien

Wie erwartet lässt sich ein Unterschied im Stimmverhalten entlang dem Regierungsvertrauen aufzeigen:

**Grafik 3:**  
**Individueller Entscheid: Regierungsvertrauen**  
ges731: "Wie haben Sie abgestimmt, welches war Ihre Stellungnahme zur Änderung des Gesundheitsgesetzes?" (Filter: Teilnehmende Abstimmung)



**Quelle:** GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 (n = 599)

Während Befragte mit Vertrauen in die Regierung der Vorlage mehrheitlich zustimmen, lehnen misstrauisch disponierte Befragte die Vorlage mehrheitlich ab. Der Zusammenhang erweist sich dabei bei näherer Betrachtung als signifikant, und dies auf einem zu-

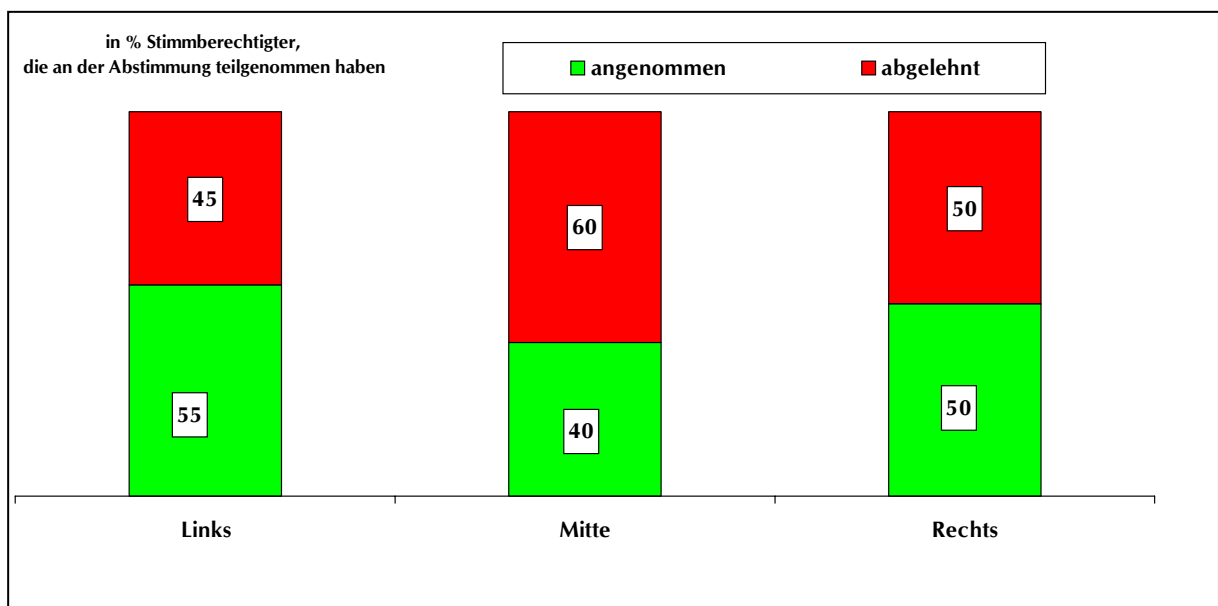
mindest erwähnbarem Niveau ( $V = 0.11$ ). Offenbar kann das Regierungsvertrauen durchaus als erste Variable für die Unterscheidung des Stimmentscheids genutzt werden.

Allerdings muss festgehalten werden, dass die Kritik an der Regierung zu einer verstärkten Ablehnung geführt hat, während Personen mit Vertrauensvotum der Vorlage nur knapp zugestimmt haben. Auch im Lager jener Personen, welche die Zürcher Regierung als vertrauensvoll erachten, finden sich also gewichtige Anteile von ablehnend Disponierten. Das Regierungsvertrauen alleine kann also den Stimmentscheid nicht erklären.

Betrachten wir also den Stimmentscheid auf der Links/Rechts-Achse.

**Grafik 4:**  
**Individueller Entscheid: Links-Rechtsorientierung**

ges731: "Wie haben Sie abgestimmt, welches war Ihre Stellungnahme zur Änderung des Gesundheitsgesetzes?" (Filter: Teilnehmende Abstimmung)



Quelle: GfS-Forschungsinstitut "Politik und Staat", Nachanalyse EKZ, Juni 2001 (n = 591)

Interessanterweise findet der Konflikt zur Teilrevision des Gesundheitsgesetzes nicht innerhalb der üblichen Links-Rechts-Polarisierung statt. Zwar sprechen sich linksorientierte Personen mehrheitlich für die Vorlage aus. Die Rechtsorientierten stehen aber nicht als Gegenpol da, sondern sind in sich höchst gespalten. Die gegenüber Linkorientierten konträre Meinung vertreten eher Mitte-Orientierte.

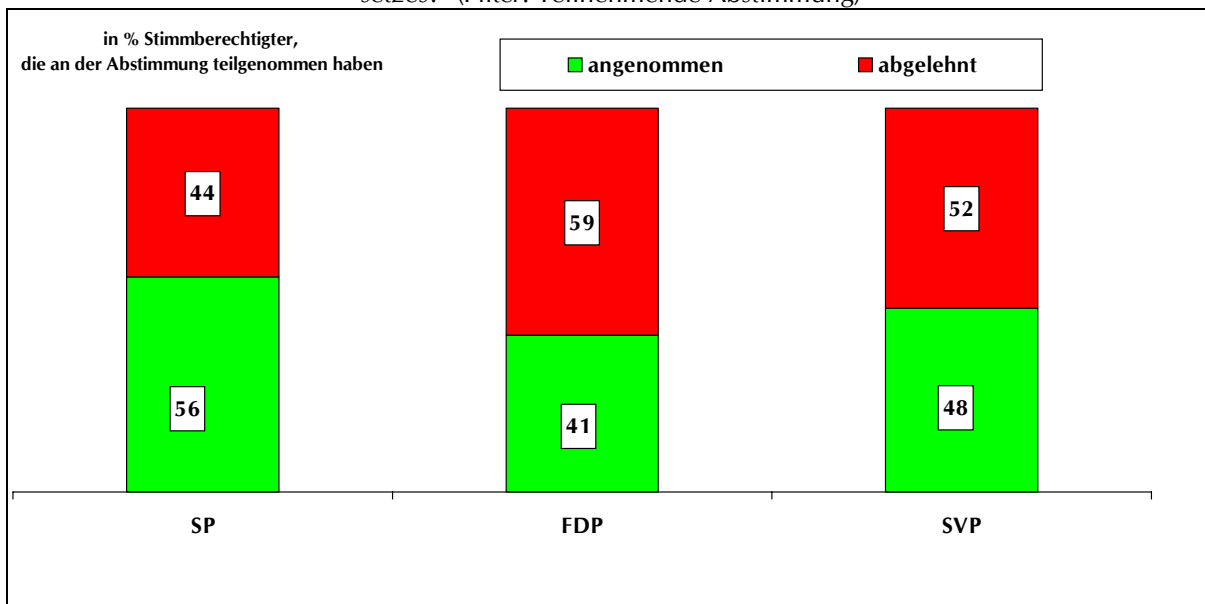
Die Links-Mitte-Rechts-Differenzierung ist für den Stimmentscheid signifikant ( $V = 0.13$ ) und kann daher als zweite mitentscheidende Variable hinzugenommen werden.

Gleich verhält sich im Übrigen die Parteiaffinität, welche den gleichen Graben mit Parteisympathie füllt: Auf der eine Seite steht die mehrheitliche zustimmende SP (56% Ja), auf der anderen Seite die ablehnende FDP (59% Ja) und irgendwo dazwischen eine gespaltene SVP (48% Ja/52% Nein).

**Grafik 5:**

**Individueller Entscheid: Parteiaffinität**

ges731: "Wie haben Sie abgestimmt, welches war Ihre Stellungnahme zur Änderung des Gesundheitsgesetzes?" (Filter: Teilnehmende Abstimmung)



**Quelle:** GfS-Forschungsinstitut "Politik und Staat", Nachanalyse EKZ, Juni 2001 (n = 591)

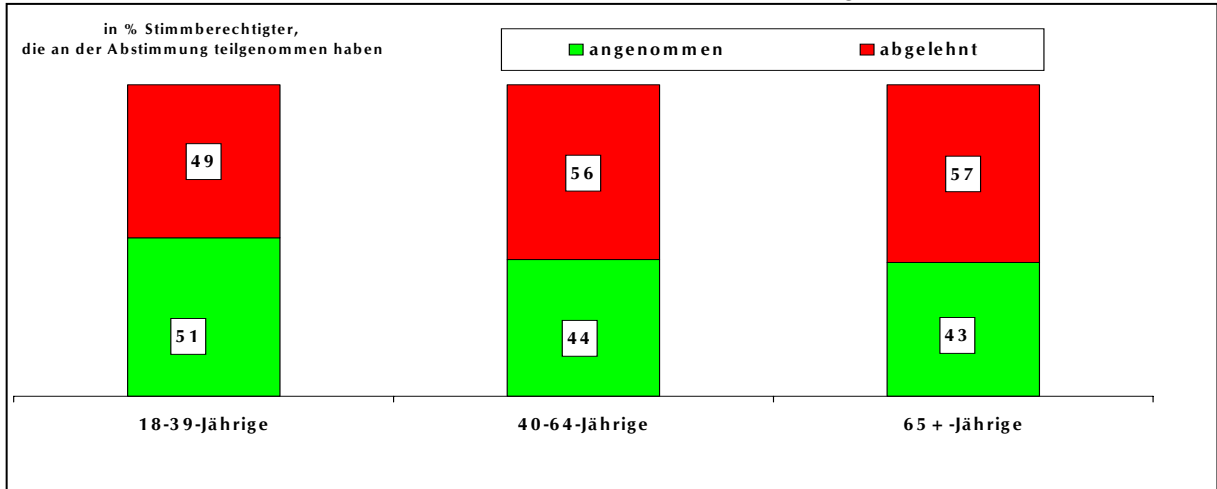
### 3.2.3. *Gesellschaftliche Konfliktlinien*

Auf der Suche nach weiteren Erklärungen fragen wir danach, in welchem Masse soziologische Merkmale wie Geschlecht oder Einkommen helfen, das Abstimmungsverhalten statistisch relevant zu beschreiben. Diese Analyse geschieht in erster Linie, um das ermittelte politische Konfliktmuster zu differenzieren.

Ein erster soziodemographischer Zusammenhang lässt sich zwischen Stimmentscheid und Alter erkennen:

**Grafik 6:**  
**Individueller Entscheid: Alter**

ges731: "Wie haben Sie abgestimmt, welches war Ihre Stellungnahme zur Änderung des Gesundheitsgesetzes?" (Filter: Teilnehmende Abstimmung)



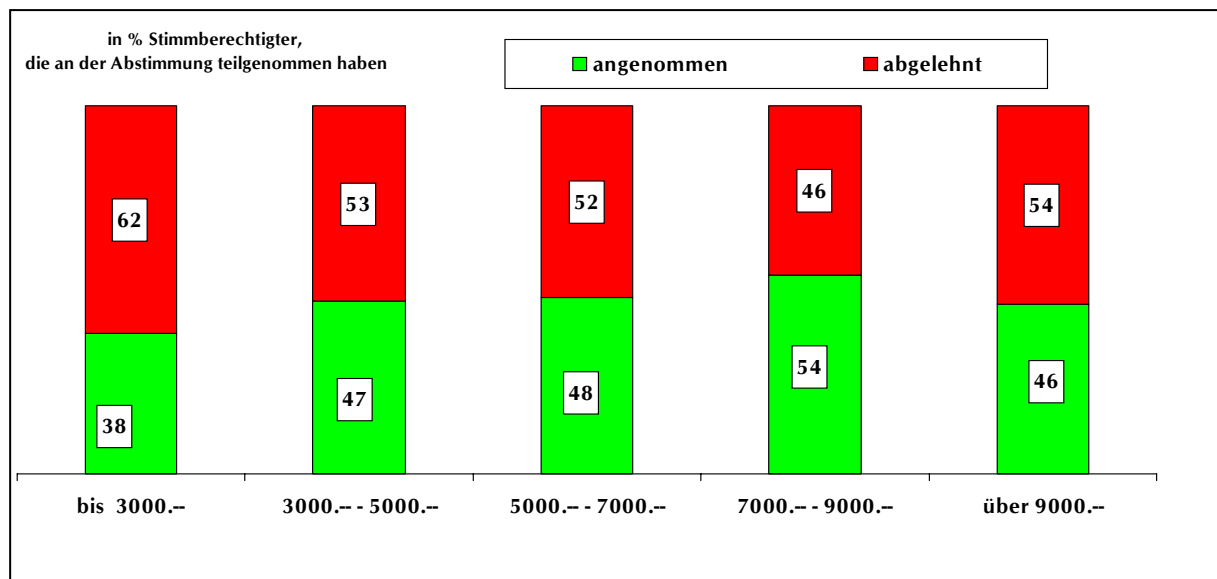
Quelle: GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 (n = 599)

18-39 Jährige tendieren eher zu einem zustimmenden Entscheid, während alle anderen Altersgruppen ein deutliches Nein zum Ausdruck bringen. Allerdings ist dieser Zusammenhang nur sehr knapp signifikant und auch nicht sehr gross ( $V=0.1$ ). Ein solcher Zusammenhang ist alles andere als die zentrale Erklärung für den Stimmausgang vom 23. September 2001.

Ebenfalls eine gewisse Relevanz gewinnt eine Unterscheidung nach Einkommen:

**Grafik 7:**  
**Individueller Entscheid: Einkommen**

ges731: "Wie haben Sie abgestimmt, welches war Ihre Stellungnahme zur Änderung des Gesundheitsgesetzes?" (Filter: Teilnehmende Abstimmung)



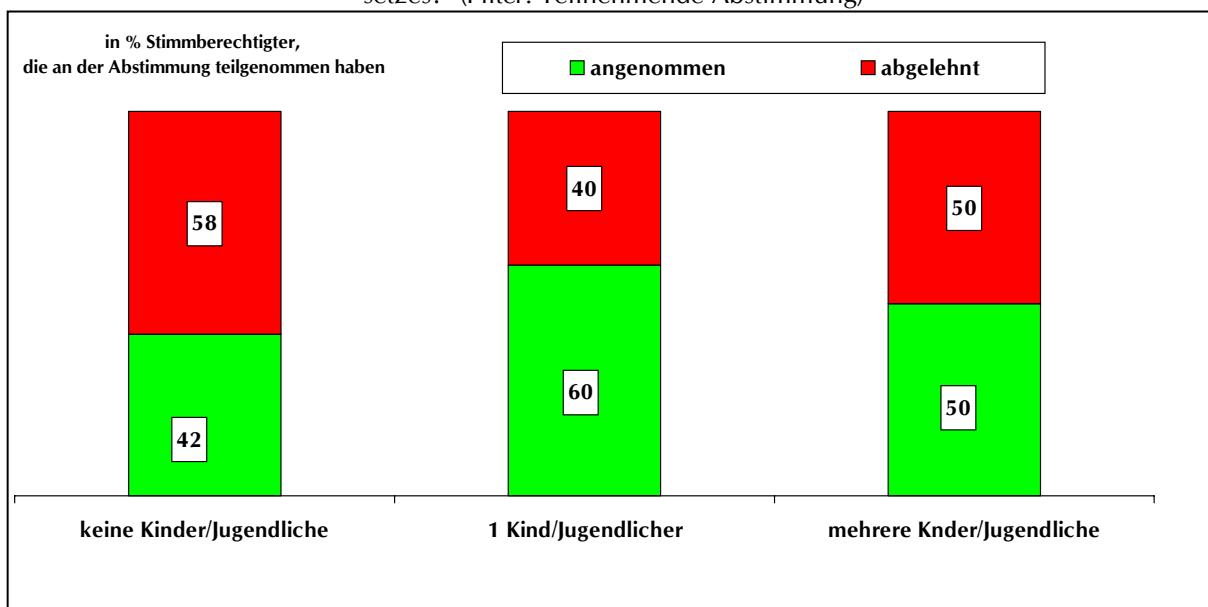
Quelle: GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 (n = 599)

Dabei ist die Zustimmung bei Befragten mit Haushaltseinkommen unter 3000 CHF erkennbar am kleinsten. Sie nimmt aber in den nächst höheren Kategorien stetig zu und gipfelt in einer mehrheitlichen Zustimmung bei Befragten mit Einkommen zwischen 7000-9000 CHF. Befragte mit Einkommen über 9000 CHF geben sich wiederum eher kritisch. Die Ablehnung scheint also nicht zuletzt ein schichtspezifisches Phänomen zu sein, wobei die kritische Einstellung gegenüber der Vorlage aus tiefen Schichten deutlich stärker ist. Allerdings müssen auch bei diesem Zusammenhang Abstriche im postulierten Zusammenhang gemacht werden, ist er doch statistisch nicht signifikant und nur schwach ausgeprägt ( $V=0.1$ )

Mehrheitliche Zustimmung erhielt die Vorlage seitens von Personen in Familien:

**Grafik 8:**  
**Individueller Entscheid: Anzahl Kinder**

ges731: "Wie haben Sie abgestimmt, welches war Ihre Stellungnahme zur Änderung des Gesundheitsgesetzes?" (Filter: Teilnehmende Abstimmung)



**Quelle:** GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 (n = 599)

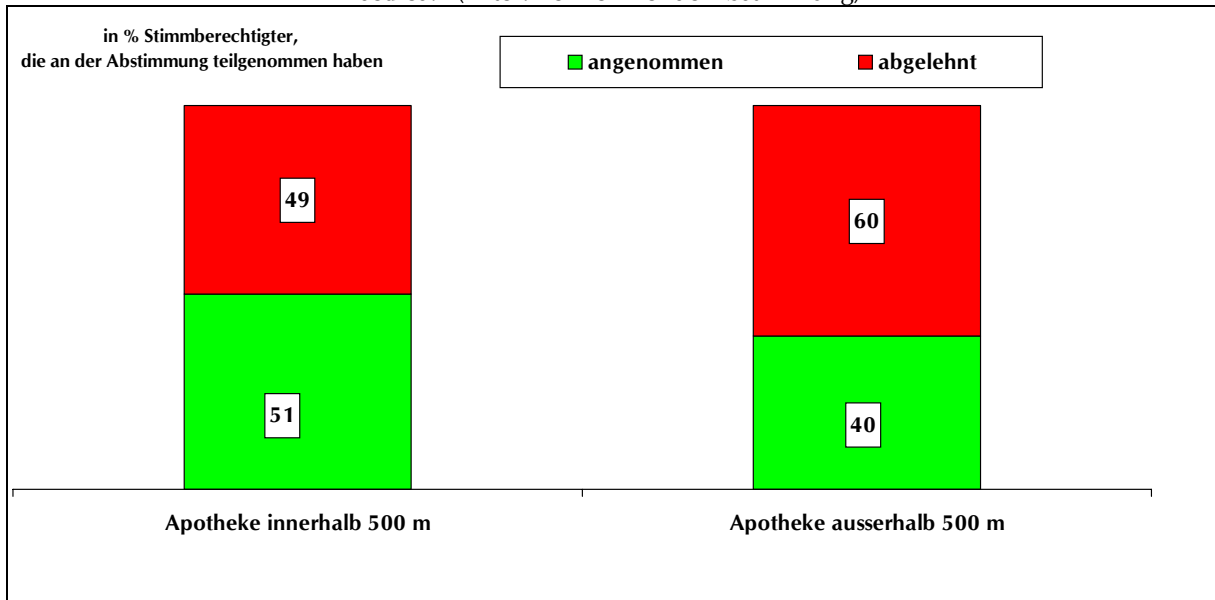
Während Teilnehmende ohne Kinder die Vorlage mehrheitlich ablehnten, erhielt sie von Befragten mit einem (60%) resp. mehreren Kindern (50%) mehrheitlich eine Zustimmung ( $V=0.13$ ).

Geschlecht, Bildung und Zivilstand erweisen sich als nicht signifikant, und somit nicht als erklärende Variablen in Bezug auf den Stimmentscheid.

### 3.2.4. Themenbedingte Konfliktlinien

Ebenfalls signifikant in Bezug auf den Stimmentscheid ist die geographische Distanz zur nächsten Apotheke:

**Grafik 9:**  
**Individueller Entscheid: Distanz Apotheke**  
ges731: "Wie haben Sie abgestimmt, welches war Ihre Stellungnahme zur Änderung des Gesundheitsgesetzes?" (Filter: Teilnehmende Abstimmung)



Quelle: GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 (n = 599)

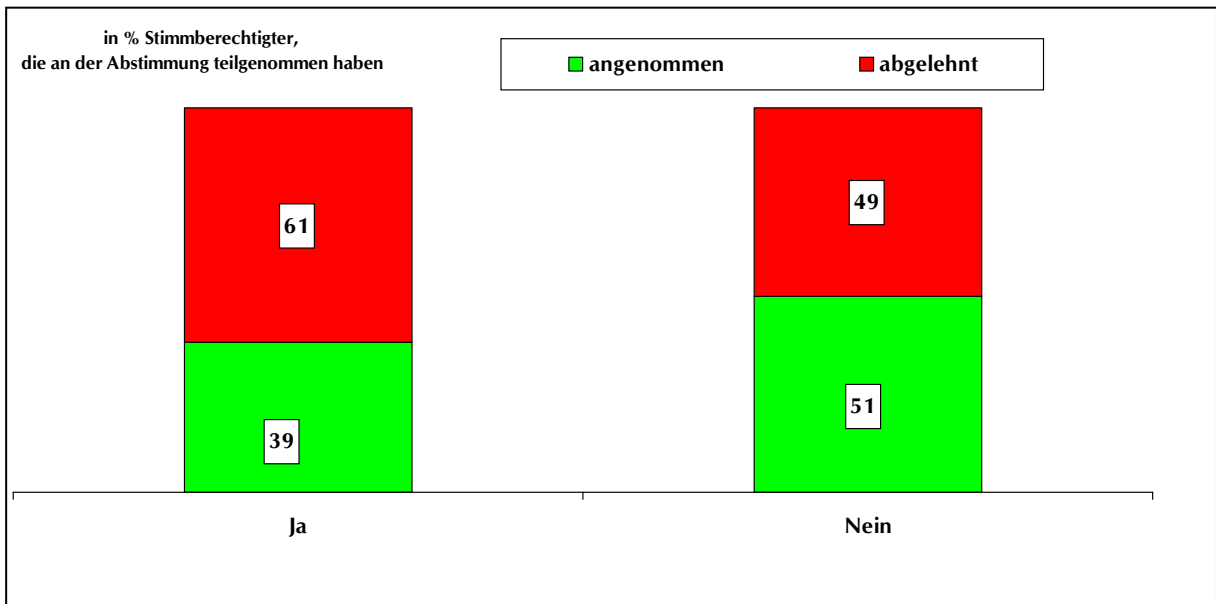
Während Befragte mit einer Apotheke innerhalb von 500 Metern der Vorlage überdurchschnittlich zustimmten, scheint das Fehlen einer solchen Apotheke verstärkt zur Ablehnung der Vorlage zu führen. Dieser Tatbestand wird um so gewichtiger, hält man zusätzlich fest, dass 46 Prozent aller Befragten keine Apotheke innerhalb der 500 Meter Limite haben. Damit erwarten gerade Befragte, welche das Modell "500 m" quasi schon erleben, individuell eine weitergehende Verschlechterung ihrer Situation. Der Signifikanztest ordnet dieser Unterscheidung dabei eine nicht vernachlässigbare Erklärungskraft in Bezug auf den Stimmentscheid zu ( $V=0.18$ )

Auch der kürzliche Medikamentenkauf ist ein stimmmentscheidendes Element:

**Grafik 10:**

**Individueller Entscheid: Medikamentenkauf**

ges731: "Wie haben Sie abgestimmt, welches war Ihre Stellungnahme zur Änderung des Gesundheitsgesetzes?" (Filter: Teilnehmende Abstimmung)



**Quelle:** GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 (n = 599)

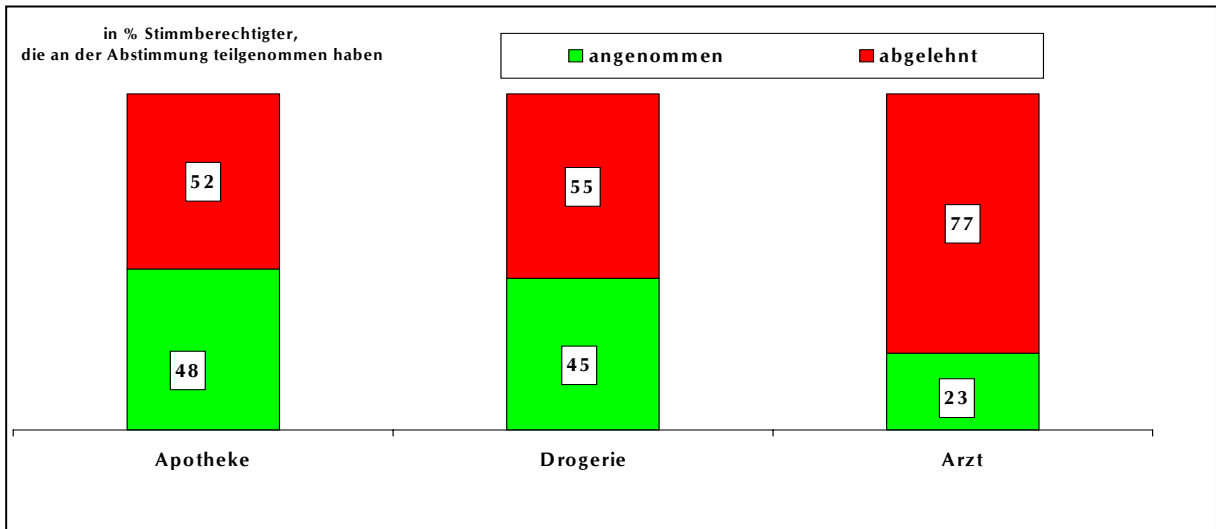
Grundsätzlich lehnen Teilnehmende, welche kürzlich ein Medikament gekauft haben, die Vorlage ab (61%), während Teilnehmende ohne Medikamentenkauf sie knappmehrheitlich annehmen (51%). Offenbar spüren kürzliche Medikamentenbezüger eine grössere Betroffenheit bei Annahme als die Nichtbezüger. Auch dieser Zusammenhang kennt eine nicht vernachlässigbaren Signifikanz ( $V = 0.13$ ).

Auch eine Unterscheidung nach Ort des Medikamentenbezuges macht statistisch Sinn. 42 Prozent aller Befragten bezogen während des Abstimmungskampfes Medikamente, 60 Prozent davon in der Apotheke, 34 Prozent beim Arzt. 29 Prozent aller Befragten haben gegenwärtigen Kontakt mit einem Arzt, 66 Prozent hatten einen solchen innert Jahresfrist. Somit wiesen sowohl Ärzte, wie auch Apotheken während des Abstimmungskampfes regen Kundenkontakt auf. Offenbar hatten beide Kontrahenten via Informationstätigkeit Gelegenheit, auf gewichtige Minderheiten der Stimmbevölkerung Einfluss zu nehmen.

**Grafik 11:**

**Individueller Entscheid: Ort Medikamentenbezug**

ges731: "Wie haben Sie abgestimmt, welches war Ihre Stellungnahme zur Änderung des Gesundheitsgesetzes?" (Filter: Teilnehmende Abstimmung)



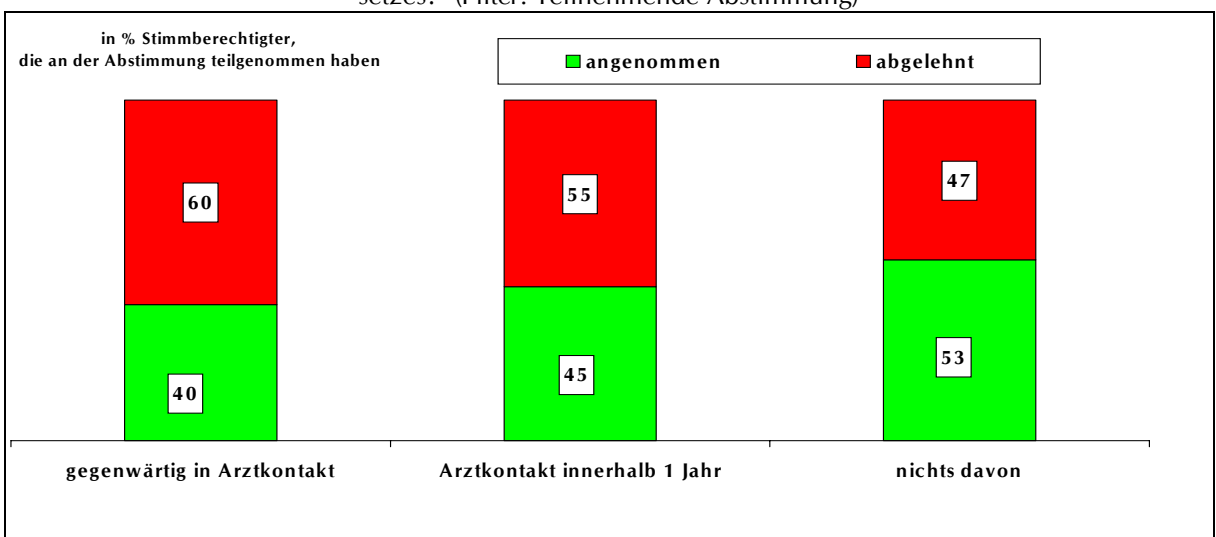
Quelle: GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 (n = 599)

Auffällig ist dabei die Tatsache, dass Teilnehmende mit Arztkontakt die Vorlage mit überragender Deutlichkeit ablehnen, während solches bei kürzlichem Drogerie- oder Apothekenkontakt nicht der Fall ist. Dieser Zusammenhang zeichnet sich im Übrigen durch die höchstbeobachtete Signifikanz aus ( $V=0.29$ ), was die Wichtigkeit eines Arztbesuchs während der Kampagne für die Bildung des individuellen Stimmenscheids klar unterstreicht.

**Grafik 12:**

**Individueller Entscheid: Zeitraum Arztkontakt**

ges731: "Wie haben Sie abgestimmt, welches war Ihre Stellungnahme zur Änderung des Gesundheitsgesetzes?" (Filter: Teilnehmende Abstimmung)



Quelle: GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 (n = 599)

In eine vergleichbare Richtung geht die vertiefte Untersuchung des Zeitpunkts des Arztbesuchs: Je weiter zeitlich weg ein solcher Besuch gegenüber dem Urnengang ist, desto grösser ist die Zustimmung. Auch in dieser Betrachtung weisen Befragte ohne Arztbesuch innert Jahresfrist einen zustimmenden Stimmentscheid auf ( $V = .18$ ).

### 3.2.5. *Zwischenbilanz*

Damit können wir die Ergebnisse zu unserer ersten Arbeitshypothese präzisieren. Es gilt: Nicht nur das Regierungsvertrauen und die Positionen der Partei(-anhängerschaft)en oder deren Links-Rechts-Position beeinflussten das Abstimmungsverhalten. Auch gesellschaftliche Zugehörigkeiten wie Alter, Einkommen, Familiengrösse und bekannterweise die Siedlungsart kennzeichnen das Konfliktmuster rund um die Teilrevision des Gesundheitsgesetzes. Allerdings beschreiben diese politischen und soziodemographischen Unterscheidungen den Stimmentscheid nicht ausreichend. Vielmehr erweisen sich Themenvariablen rund um den Arztbesuch, die Distanz zur nächsten Apotheke und die Kürzlichkeit eines Medikamentenverkaufs als mindestens so relevant.

Haben wir in einem ersten Schritt alle politischen, soziodemographischen und umfeldbedingten Einflussfaktoren gesammelt, wollen wir sie in einem zweiten Schritt gegeneinander aufwägen und betrachten, wieviel vom Stimmentscheid sie gemeinsam erklären.

**Tabelle 2:**  
**Signifikante Korrelationen und Modellgüte zu politischen Routinen, soziodemographischen Merkmalen und Themen-Einflüsse gegenüber dem Stimmverhalten**

<i>Signifikante Einflüsse allgemein</i>	R =	
.Medikamentenbezug beim Arzt	1.09	
. Regierungsvertrauen/misstrauen	0.45	
. Familie mit Kind	0.43	
. Distanz zur Apotheke	0.36	
<i>Signifikante Einflüsse Land/Stadt</i>	R =	R =
. Medikamentenbezug beim Arzt	0.88	0.76
. Familie mit Kind	0.49	-
. Regierungsvertrauen/misstrauen	0.46	-
. Distanz zur Apotheke	0.43	-
<i>Nicht signifikante Einflüsse</i>		
. Links-Rechts Orientierung	-	
. Alter	-	
. Zeitraum Medikamentenbezug	-	
. Stadt-Land-Differenzierung	-	
<i>Richtige Prognosen</i>	In % der Befragten	
. gesamthaft	61	
. Ja-Stimmende	33	
. Nein-Stimmende	80	

**Quelle:** GfS-Forschungsinstitut "Politik und Staat", Nachanalyse Teilrevision Gesundheitsgesetz, September 2001 (n 599)

Offenbar erklären von allen politischem, soziodemographischen und umfeldbedingten Einflüssen schlussendlich nur das Regierungsvertrauen, die Zugehörigkeit zu einer Familie mit Kind, die Distanz zu einer Apotheke sowie der kürzliche Medikamentenbezug beim Arzt den Stimmenscheid. Am wichtigsten scheint dabei der Medikamentenbezug beim Arzt zu sein, gefolgt vom Regierungsvertrauen und der Familiengrösse. Weniger wichtig ist die Distanz zur nächsten Apotheke. Das unterschiedliche Abstimmungsergebnis zwischen Stadt und Land ist keine statistisch signifikante Erklärung für das Abstimmungsergebnis. Offenbar war nicht der Wohnort stimmenscheidend, sondern vielmehr unterschiedliche Ansichten zwischen Stadt und Land, welche aber nichts mit dem Wohnort an sich zu tun haben.

Der Stimmenscheid in ländlichen Regionen lässt sich grundsätzlich mit den gleichen Variablen erklären, wobei der Distanz zur nächsten Apotheke auf Kosten des Medikamentenbezugs bei Arzt mehr Gewicht zugeordnet wird.

Der Stimmenscheid in urbanen Gebieten erklärt sich offenbar in unserem ersten Modell mit nur einer Variable: Dem Medikamentenbezug beim Arzt. Allerdings hat unser Modell in Bezug auf urbane Gegenden zwei klare Einschränkungen. Einerseits präsentiert es sich sehr eindimensional und erklärt nur die Nein-Stimmenden. Andererseits ist die Trefferquote des Modells nur 56%, also schlecht. Anpassungen sind nötig und sollen im Weiteren angebracht werden.

Fassen wir die Ergebnisse der Verhaltensanalyse zusammen, ergibt sich folgendes Konfliktmuster in der stimmenden Bevölkerung, das zu der mehrheitlichen Verwerfung der Vorlage führte:

- partielles Regierungsmisstrauen begünstigte die Verwerfung;
- Zugehörigkeit zu einer Familie mit Kindern führte eher zu einer Annahme;
- eine zunehmende Distanz zur nächsten Apotheke ging einher mit einer zunehmenden Ablehnung;
- kürzlicher Medikamentenbezug bei Arzt führte zu einer ungemein höheren Ablehnung.

Wichtig festzuhalten bleibt im Übrigen die Beobachtung, dass sich in diesem Modell keine Unterschiede zwischen Stadt und Land öffnen. Dass weder Parteisympathie noch Einordnung in einer Links-Rechts-Skala stimmenscheidend bleibt, zeigt ein erstes Mal auf, dass die Entscheidung nach andern Kriterien gefällt wurde.

Abstriche müssen allerdings noch bei der Aussagekraft des ersten Modells gemacht werden, erklärt es doch nur 61% des vorliegenden Stimmenscheides. Unterschiede gibt es auch in der Erklärungskraft zwischen dem Ja- resp. Nein-Entscheid. So lässt sich mit diesem Modell nur 33% aller Ja-Stimmen erklären, was ungenügend ist. Auf der anderen Seite erklärt es aber schon 80% der Nein-Stimmen, was gut ist. Was wir also vor uns haben, ist ein Modell, welches nicht den Stimmenscheid an sich erklärt, wohl aber einen ersten guten Eindruck über mögliche politische, soziodemographische oder umfeldbedingte Gründe für einen Nein-Entscheid gibt.

### 3.3. Die Meinungsbildung der Stimmenden

#### 3.3.1. Die Übersicht

Die folgenden Abklärungen zu den Wirkungen der Meinungsbildung auf das Stimmverhalten haben die gleiche Logik wie im vorangegangenen Kapitel. Untersucht wird aber nicht mehr, welche Konfliktlinien sich im Stimmverhalten zeigen, sondern wie die Botschaften der Kampagne bewertet wurden und welche Schlüsse die Stimmenden daraus für ihre Sachentscheidung zogen. Es geht also darum herauszufinden, wie weit der Informationsstand und die Informationsverarbeitung während der Kampagne das Ergebnis bestimmen resp. erklären.

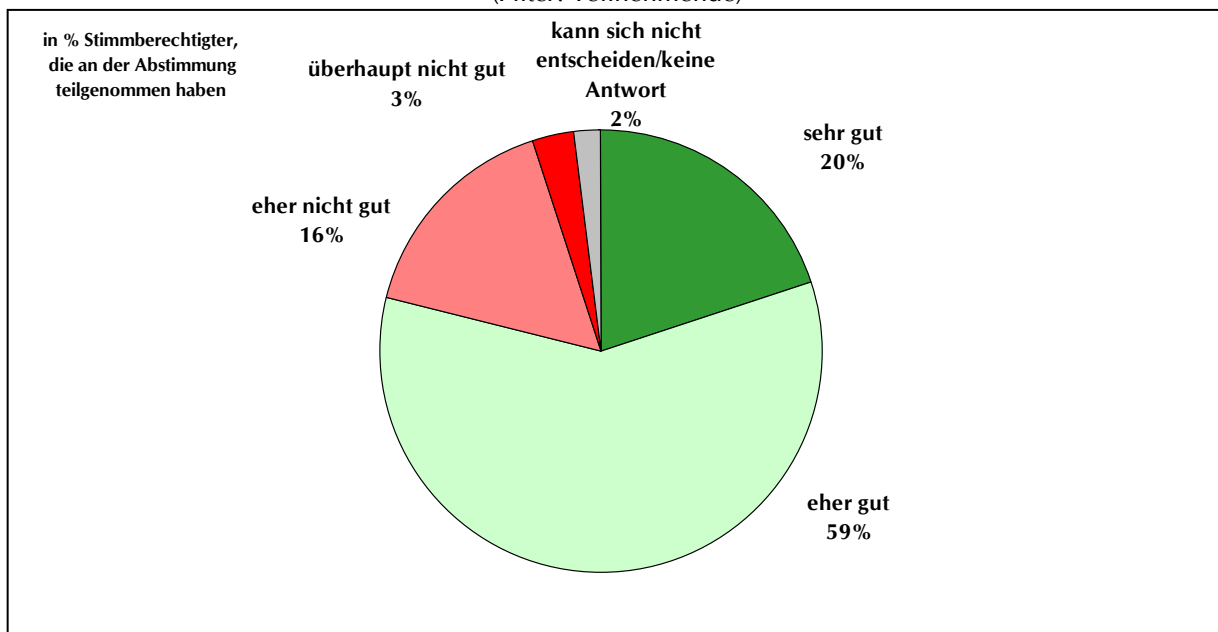
#### 3.3.2. Das Informationsverhalten

Erster wichtiger Faktor im Umfeld eines Stimmentscheids ist die Informiertheit. Grundsätzlich verhilft eine weitgehende Informiertheit zu einem differenzierten Stimmentscheid. Die Stimmbürger stimmen in einem solchen Fall tatsächlich über den Kern der Sache ab und können ihren Stimmentscheid auch mit einem entsprechenden Wissensstand fundieren.

Wir nähern uns der Informiertheit mittels einer subjektiven Selbsteinschätzung:

**Grafik 13:  
Informiertheit Vorlage**

ges8: "Wie gut fühlten Sie sich informiert, als Sie sich zur Änderung des Gesundheitsgesetzes entschieden haben? Fühlten Sie sich sehr gut, eher gut, eher nicht gut oder überhaupt nicht gut informiert?  
(Filter: Teilnehmende)



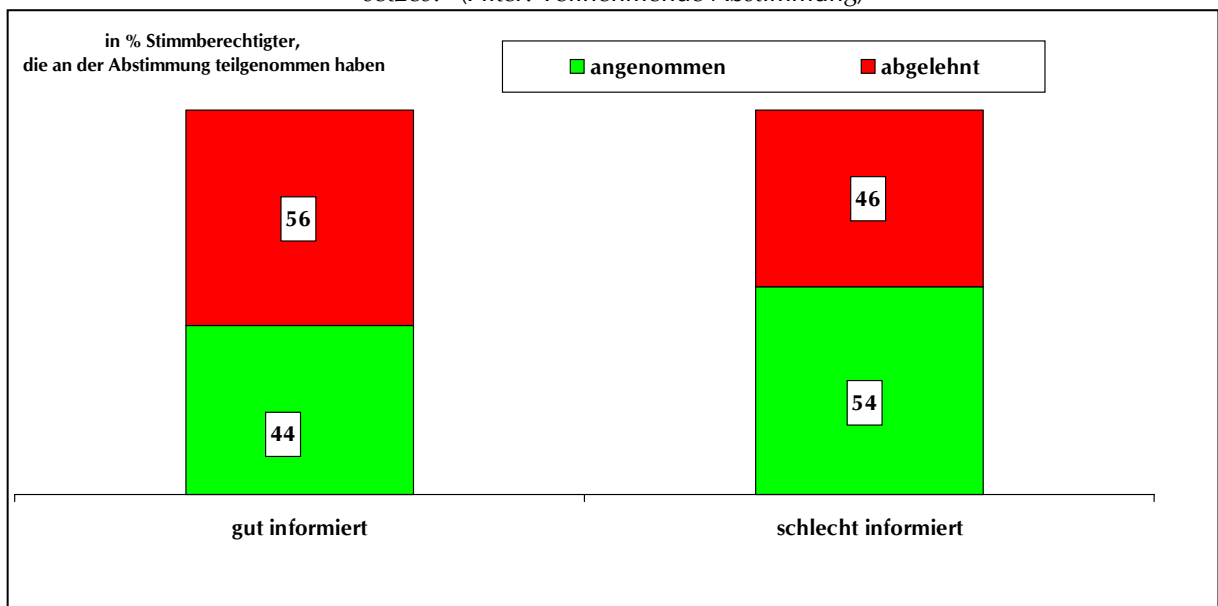
**Quelle:** GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 (n = 599)

79 Prozent aller Befragten, welche an der Abstimmung teilgenommen hatten, fühlten sich zum Gesundheitsgesetz mehr oder weniger gut informiert. Nur 19 Prozent orteten

bei sich Informationslücken. Damit trauten sich die befragten Teilnehmenden durchaus zu, den Stimmentscheid mit einer fundierten Wissensbasis zu stützen. Die so gemessene Informiertheit kann als relativ hoher Wert angesehen werden. Es verblieb rund ein Fünftel der StimmbürgerInnen, die teilnahmen, die gerne mehr gewusst hätten, als sie sich zur Teilrevision des Gesundheitsgesetzes entschieden. Allerdings nützte diese hohe Informiertheit überraschenderweise eher der Gegnerschaft:

**Grafik 14:**  
**Individueller Entscheid: Informiertheit Vorlage**

ges731: "Wie haben Sie abgestimmt, welches war Ihre Stellungnahme zur Änderung des Gesundheitsgesetzes?" (Filter: Teilnehmende Abstimmung)



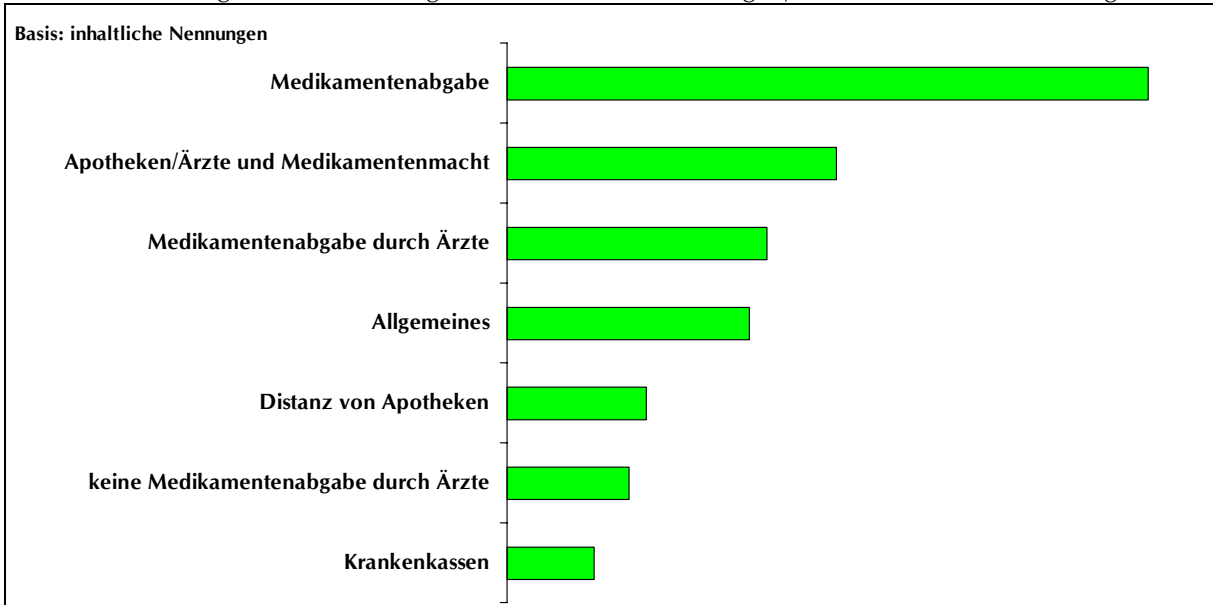
**Quelle:** GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 (n = 599)

56% der Gut-Informierten lehnten die Vorlage ab, während im Gegenzug 54% der Schlechtorientierten eine Annahme an die Urne trugen. Hinzu kommt, dass dieser Zusammenhang signifikant ist ( $V=0.24$ ). Offenbar führte also ein Mehr an Informationen zu einer kritischeren Haltung gegenüber der Teilrevision des Gesundheitsgesetzes. Dies ist um so mehr erstaunlich, als dass normalerweise Schlechtinformierte status-quo-verhaftet eine Vorlage eher ablehnen. Ein Mehr an Informationen bedeutet im vorliegenden Fall offenbar ein Mehr an kritischen Einflüssen.

Dass die Informiertheit durchaus mit korrektem Wissensstand in Zusammenhang gebracht werden kann, zeigt sich bei der Analyse der inhaltlichen Rezeption der Vorlage:

**Grafik 15**  
**Inhalt Vorlage**

a32ax: "Am letzten/vorletzten Wochenende war auch eine kantonale Abstimmung. Abgestimmt wurde über die Änderung des Gesundheitsgesetzes. Können Sie mir sagen, was der Inhalt dieser Vorlage war?"



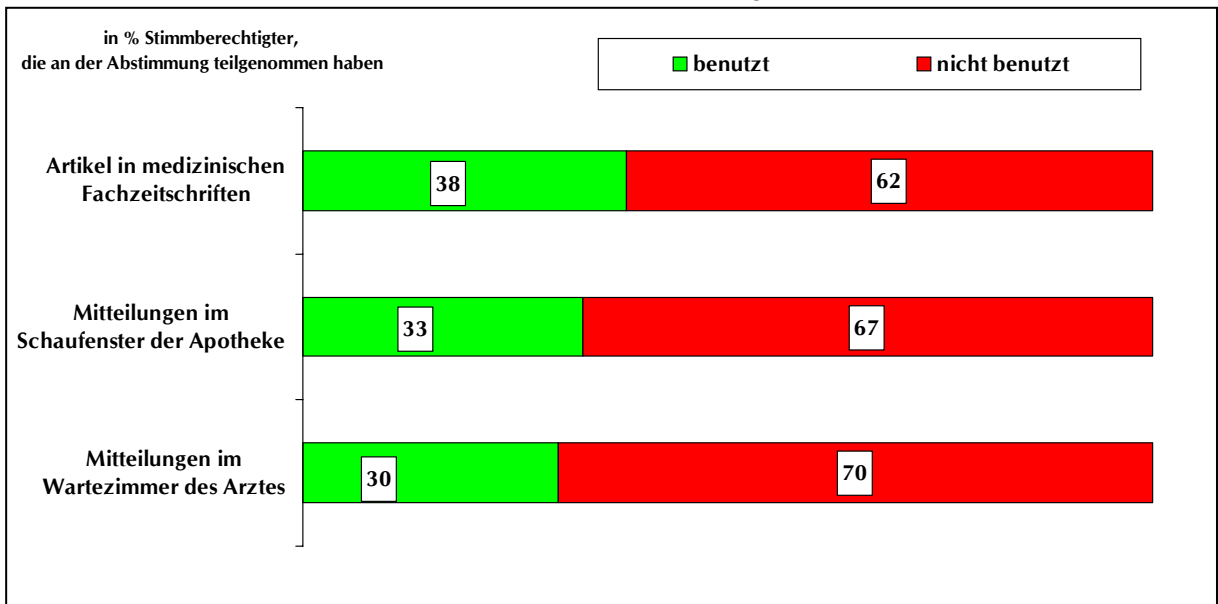
**Quelle:** GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Studie Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001  
Basis: sachlich gruppierte Nennungen von Befragten, die mindestens eine inhaltliche Aussage machten.

Die Vorlage wurde dabei korrekterweise mit dem Medikamentenabgabe-Aspekt in Verbindung gebracht. Die Befragten rezipierten richtigerweise, dass sie über Medikamente abstimmten und im Einzelnen darüber entschieden, wer solche Medikamente abgeben darf. Nur minderheitlich erinnerten sich die befragten Teilnehmenden noch an die 500 Meter-Regel.

Neben den normalen Informationskanälen, welche in Abstimmungen konsultiert werden und die wir hier nicht im Einzelnen getestet haben, informierte sich eine beachtliche Minderheit in medizinischen Fachzeitschriften, via Mitteilungen in Apotheken und via Informationsbroschüren beim Arzt. Damit konnten sich die beiden Hauptträger der Pro- und Contra-Kampagne durchaus als Informant etablieren. Keine der konsultierten spezialisierten Informationskanäle fällt dabei durch eine übermässige Benutzung auf.

### Grafik 16: Mitteilungen

ges71/710/711: "Haben Sie Artikel zu dieser Abstimmung in medizinischen Fachzeitschriften gelesen, im Wartezimmer des Arztes beachtet oder im Schaufenster oder im Innern von Apotheken gesehen?" (Filter: Teilnehmende Abstimmung)



Quelle: GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 (n = 599)

Alle drei Informationsweisen haben einen durchaus signifikanten Einfluss auf den Stimmentscheid. Während die Nutzung von medizinischen Fachzeitschriften erwartungsgemäss zu einer höheren inneren Polarisierung mit leichtem Trend zum Nein führt ( $V = .23$ ) und die Konsultation von Mitteilungen im Wartezimmer nicht überraschend den Nein-Entscheid verstärkt ( $V = 0.22$ ), erweist sich die Informationstätigkeit der Apothekerschaft als kontraproduktiv: Wer (sicherlich befürwortende) Mitteilungen in Schaufenster von Apotheken betrachtete, sprach sich in der Folge gegen die Teilrevision des Gesundheitsgesetzes aus ( $V = 0.21$ ).

#### 3.3.3. Zwischenbilanz

Wiederum wollen wir die getesteten Informations-Einflüsse in Bezug auf unser Erklärungs-Modell testen und gegebenenfalls einfließen lassen:

**Tabelle 3:**  
**Signifikante Korrelationen und Modellgüte zu politischen Routinen, soziodemographischen Merkmalen, Umfeld-Einflüsse und Informativ-Konstellation gegenüber dem Stimmverhalten**

<i>Signifikante Einflüsse allgemein</i>	R=	
. Medikamentenbezug beim Arzt	1.07	
. Regierungsvertrauen/misstrauen	0.45	
. Familie mit Kind	0.39	
. Distanz zur Apotheke	0.32	
. Informiertheit	0.04	
<i>Signifikante Einflüsse Land</i>	R=	R=
. Medikamentenbezug beim Arzt	0.80	0.76
. Familie mit Kind	0.44	-
. Regierungsvertrauen/misstrauen	0.42	-
. Distanz zur Apotheke	0.30	-
. Informiertheit	0.06	-
<i>Nicht signifikante Einflüsse</i>		
. Links-Rechts Orientierung	-	
. Alter	-	
. Zeitraum Medikamentenbezug	-	
. Rezeption abstimmungsrelevanter Mitteilungen	-	
. Stadt-Land-Differenzierung	-	
	-	
<i>Richtige Prognosen Gesamtmodell</i>	n	% der Befragten
. gesamthaft	62	
. Ja-Stimmende	36	
. Nein-Stimmende	80	

**Quelle:** GfS-Forschungsinstitut "Politik und Staat", Nachanalyse Teilrevision Gesundheitsgesetz, September 2001 (n 599)

Nach wie vor sind drei gleiche politische und themenbedingte Einflüsse stimmentscheidend. Neu dazu kommt nun auch noch die Informiertheit. Nicht-Informiertheit erscheint dabei als nicht ganz unwichtige Erklärung für einen annehmenden Stimmentcheid, konnten wir doch die Erklärungskraft unseres Modells für den Ja-Entscheid um 3% steigern, wenn wir mit 36% immer noch weit von einer genügenden Erklärungskraft entfernt sind. Die zusätzliche Variable der Informiertheit trägt allerdings nichts zu einem besseren Verständnis des Nein-Entscheids bei - offenbar darf man den Zusammenhang Informiertheit = Ablehnung nicht so direkt ziehen.

Wiederum gibt es für die ländlichen Regionen kein unterschiedliches Modell, wenn auch die Erklärungskraft der Informiertheit und des Informationswissens leicht stärker wird, und der Ja-Stimmenanteil somit mit 38% ein bisschen besser prognostiziert wird.

Ungebrochen schlecht ist die Erklärungskraft des neuen Modells auch für den Stimmentcheid in urbanen Regionen. Nach wie vor ist nur der Medikamentenbezug durch den Arzt relevant, daran konnte auch die geteste Informiertheit nichts ändern.

Fassen wir die Ergebnisse der Verhaltensanalyse ein weiteres Mal zusammen, ergibt sich folgendes Konfliktmuster in der stimmenden Bevölkerung, das zu der mehrheitlichen Verwerfung der Vorlage führte:

- partielles Regierungsmisstrauen begünstigte die Verwerfung;
- Zugehörigkeit zu einer Familie mit Kindern führte eher zu einer Annahme;
- eine zunehmende Distanz zur nächsten Apotheke ging einher mit zunehmender Ablehnung;
- kürzlicher Medikamentenbezug bei Arzt führte zu einer ungemein höheren Ablehnung;
- fehlende Informiertheit stützte einen Ja-Entscheid.

Auch bei diesem Modell müssen vor allem bei der Erklärung des befürwortenden Stimmentscheids noch gewichtige Abstriche in der Güte gemacht werden. Offenbar gibt es neben den politischen Routinen, den soziodemographischen Merkmalen, den Umfeld-Einflüsse und neu der Informativ-Konstellation noch weitere stimmmentscheidprägende Einflussfaktoren.

### **3.3.4. Die Beurteilung der Botschaften Pro und Kontra**

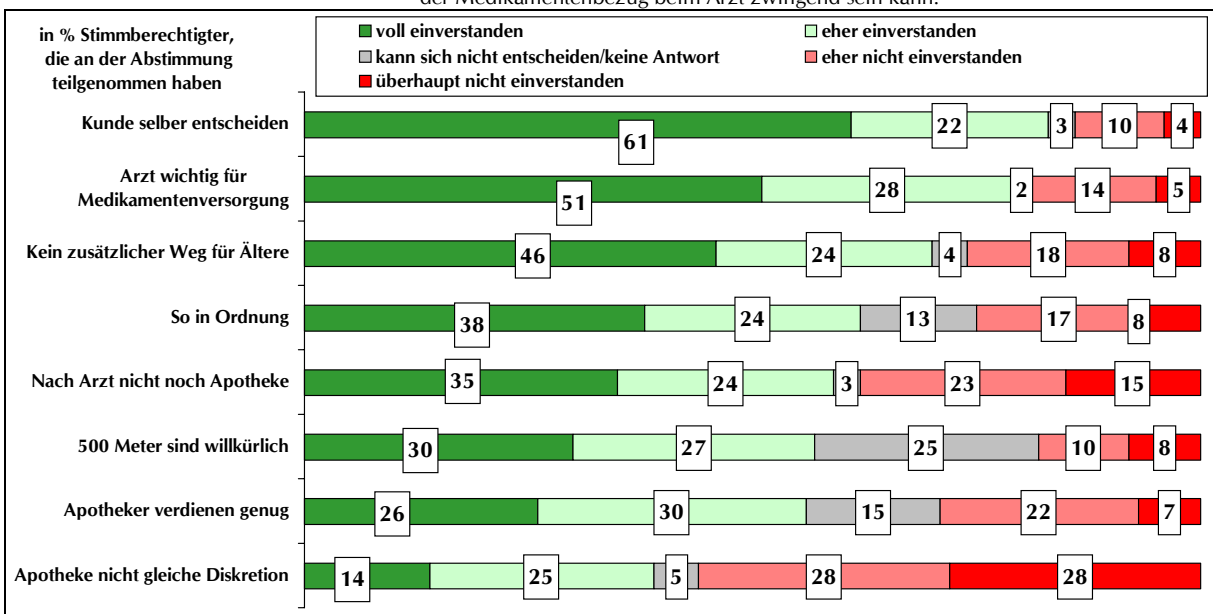
In diesem Kapitel ist unsere dritte Arbeitshypothese erkenntnisleitend. Sie besagt, dass die Zustimmung zu Behördenvorlagen um so wahrscheinlicher ist, als es der Behörden-seite gelingt, mehrheitsfähige Botschaften zu formulieren, welche die BürgerInnen auch in ihre Entscheidungen mit einbeziehen. Die positive Formulierung kann natürlich auch umgekehrt werden und lautet dann: Die Wahrscheinlichkeit der Ablehnung von Behördenvorlagen ist dann gegeben, wenn das Gleiche der Opposition besser gelingt.

### Grafik 17:

#### Argumente gegen die Änderung des Gesundheitsgesetzes

ges101-1010: "Ich lese Ihnen jetzt einige Argumente gegen die Änderung des Gesundheitsgesetzes vor. Geben Sie bitte jeweils an, was Sie von diesen Ansichten halten. Sind Sie voll einverstanden, eher einverstanden, eher nicht einverstanden oder überhaupt nicht einverstanden?" (Filter: bestimmte Teilnehmende)

- Kunde selber entscheiden:** Der Kunde soll selber entscheiden können, ob er die Medikamente in einer Apotheke oder direkt beim Arzt kaufen will
- Arzt wichtig für Medikamentenversorgung:** Für eine genügende Medikamentenversorgung in Notfallsituationen braucht es neben den Apotheken auch die uneingeschränkte Möglichkeit der Medikamentenabgabe beim Hausarzt.
- Kein zusätzlicher Weg für Ältere:** Älteren und gebrechlichen Patienten kann ein zusätzlicher Weg vom Arzt zum Apotheker nicht zugemutet werden, nur um ein Medikament zu holen.
- So in Ordnung:** Das Gesundheitsgesetz ist so wie es vor der Reform war, in Ordnung.
- Nach Arzt nicht noch Apotheke:** Es darf nicht sein, dass man in Zukunft nach jedem Arztbesuch noch in eine Apotheke gehen muss, nur weil der Arzt das nötige Medikament nicht direkt verkaufen darf.
- 500 Meter sind willkürlich:** Die 500 Meter-Regelung ist ein willkürlicher Entscheid der Politiker
- Apotheker verdienen genug:** Die Apotheker verdienen mit dem neuen Beratungstarif sowieso schon besser, sodass ihnen der Staat nicht noch einmal helfen muss.
- Apotheke nicht gleiche Diskretion:** Die Apotheken bieten in der Regel nicht die gleiche Diskretion wie der Arzt, weshalb der Medikamentenbezug beim Arzt zwingend sein kann.



Quelle: GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 (n = 599)

Am breitesten vertreten werden unter den Teilnehmenden Ansichten, wonach der Kunde selber bestimmen soll, wo er das Medikament kauft (83% Zustimmung). Damit hält der grösste Teil der Befragten fest, dass bei der Medikamentenabgabe ein frei funktionierender Markt spielen sollte. Diese Einstellung ist im Übrigen unabhängig von regionalen Gräben: Sowohl Stadt-, wie auch Landregionen stimmen einer solchen Forderung gleichermassen zu (Stadt: 84% Ja/Land 82% Ja).

Ebenfalls unumstritten gehen die Teilnehmenden davon aus, dass der Arzt in der Medikamentenversorgung eine wichtige Rolle innehat. 79% aller Teilnehmende befürworten diese Wichtigkeit, während ihr nur 19% widersprechen. Wiederum erscheinen Vorgaben zur Beschneidung einer solchen Medikamentenversorgung als unerwünscht. Urbane Regionen stimmen der Forderung dabei leicht weniger zu als ländliche Gebiete (Stadt: 74% Ja/Land 81% Ja). Damit äussern UrnengängerInnen aus ländlichen Gebieten ein überdurchschnittliches Interesse an einer guten Medikamentenverteilung.

Für die Befragten ebenfalls wichtig ist die Aussage, dass Älteren und Gebrechlichen kein weiterer Weg zugemutet werden kann. 70% halten dies so mehr oder weniger de-

zidiert fest, während dem klarheitliche 26% widersprechen. Dabei stimmen Befragte aus ländlichen Regionen der Aussage überdurchschnittlich zu (73% Zustimmung), während Befragte aus Stadtgebieten überdurchschnittliche (wenn auch minderheitliche: 31%) Ablehnung zum Ausdruck bringen.

Mehrheitlich geteilt wird auch die Aussagen dass die alte Regelung in Ordnung war. 62% aller Teilnehmenden gehen von einer solchen Einschätzung aus, während 25% sie verneinen. Ein weiteres Mal wird damit die Zufriedenheit mit dem jetzigen Zustand zementiert. In dieser Frage sind Stadt und Land gleich eingestellt.

Immer noch mehrheitlich, wenn auch mit vermindertem Anteil halten die Befragten auch fest, dass sie nach dem Arztbesuch nicht noch zwingend eine Apotheke aufsuchen wollen. 59% geben solches zum Ausdruck, während 38% dagegen kritisch eingestellt zu sein scheinen. Dabei stimmt die Landbevölkerung einer solche Argumentation überdurchschnittlich zu (63% Zustimmung), während die städtische Bevölkerung überdurchschnittlich verunsichert ist (15% Unentschiedene).

Auch eine Mehrheit hält fest, dass die 500 Meter eine willkürliche Limite sind (57%). Dem widersprechen auch nur 18%, der Rest ist unentschlossen. Damit herrscht in dieser Aussage wie in keiner anderen Ungewissheit. Gewichtige Teile der Urnengänger fühlten sich offenbar beim Sinn oder Unsinn dieser 500 Meter Limite überfordert. Betont werden muss aber die Tatsache, dass eine Mehrheit sie ablehnt. Interessanterweise gibt es gerade in dieser Aussage keinen Unterschied zwischen Stadt und Land (Stadt: 57% Ja/Land 57% Ja).

Ebenfalls mehrheitlich äussern die Befragten, dass die Apotheken mit dem neuen Tarifmodell schon genug verdienen. 56% aller Urnengänger gehen mehr oder weniger dezidiert davon aus, während 29% diese bestreiten. Auch in dieser Frage öffnet sich kein Stadt-Land-Graben. (Stadt: 57% Ja/Land 56% Ja).

Als einziges Contra-Argument nicht mehrheitlich geteilt wird die postulierte fehlende Diskretion der Apotheke gegenüber der Arztpraxis. Während nur minderheitliche 39% das Argument unterstützen, verneinen 56% eine solcherart fehlende Diskretion. Bei der weitgehenden mehrheitlichen Ablehnung des Arguments überrascht es auch nicht, dass sich Stadt und Land nicht unterscheiden (Stadt: 40% Ja/Land 38% Ja).

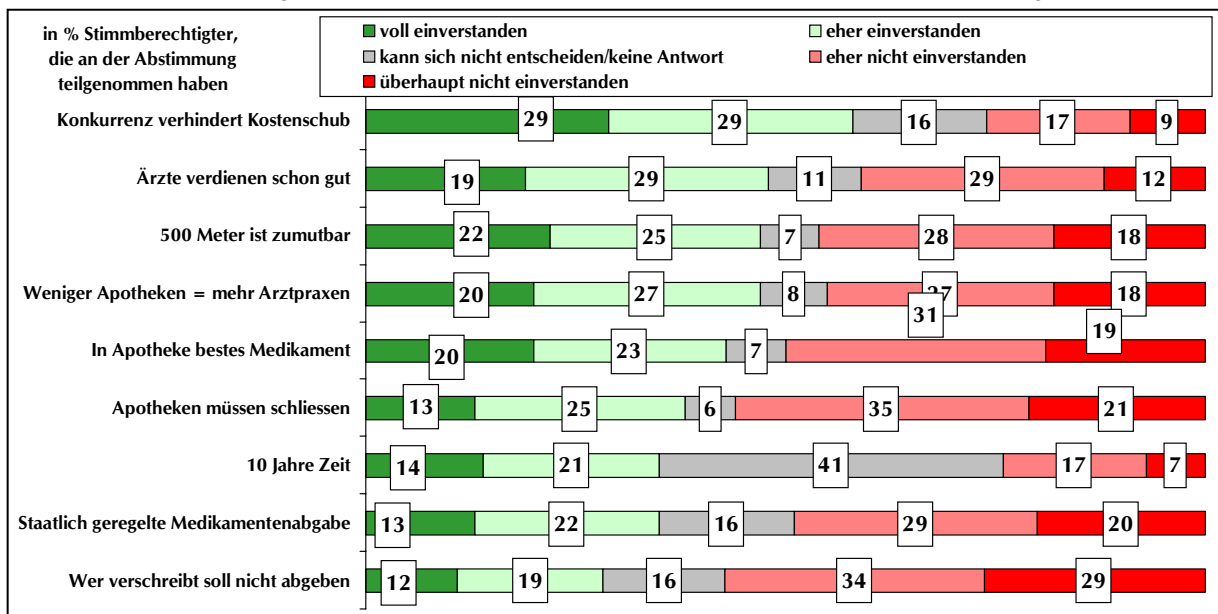
Anders präsentiert sich die Situation für die Befürworterschaft der Vorlage:

**Grafik 18:**

**Argumente für das Gesundheitsgesetz**

ges111-119: "Ich lese Ihnen jetzt einige Argumente für das Gesundheitsgesetz vor. Geben Sie bitte jeweils an, was Sie von diesen Ansichten halten. Sind Sie voll einverstanden, eher einverstanden, eher nicht einverstanden oder überhaupt nicht einverstanden?" (Filter: bestimmte Teilnehmende)

<b>Konkurrenz verhindert Kostenschub:</b>	Eine gesunde Konkurrenz zwischen Apotheken und Arztpraxen verhindert einen weiteren Kostenschub im Gesundheitsbereich.
<b>Ärzte verdienen schon gut:</b>	Die Ärzte verdienen schon sehr gut, und es ist nicht ersichtlich, weshalb sie noch mehr Einnahmemöglichkeiten bekommen sollen.
<b>500 Meter ist zumutbar:</b>	500 Meter Weg bis zur nächsten Apotheke ist jedermann zumutbar.
<b>Weniger Apotheken = mehr Arztpraxen:</b>	Weniger Apotheken führen zu mehr Arztpatienten
<b>In Apotheke bestes Medikament:</b>	Der Patient erhält in einer Apotheke immer das beste Medikament und nicht dasjenige, das der Arzt gerade in seiner kleinen Praxisapotheke hat.
<b>Apotheken müssen schliessen:</b>	Viele Apotheken müssen schliessen, wenn man den Medikamentenbezug beim Arzt frei gibt.
<b>10 Jahre Zeit:</b>	Auch bei einer Annahme der Vorlage hätten betroffene Ärzte 10 Jahre Zeit ihre Praxisapotheke zu schliessen
<b>staatlich geregelte Medikamentenabgabe:</b>	Nur durch eine staatlich geregelte Medikamentenabgabe kann ein breites Apothekennetz erhalten werden.
<b>Wer verschreibt soll nicht abgeben:</b>	Wer ein Medikament verschreibt, sollte es nicht auch noch selber abgeben.



Quelle: GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 (n = 599)

Die Befürworterschaft kann sich im Gegenzug nur auf ein mehrheitlich geteiltes Argument verlassen. 58% aller Befragten gehen davon aus, dass eine funktionierende Konkurrenz zwischen Arzt und Apotheker einen weiteren Kostenschub im Gesundheitswesen verhindern würde. Minderheitliche 26% glauben dies nicht. Diese Ansicht kann im Übrigen auch als Erklärungsansatz für das unterschiedliche Stimmverhalten von Personen in Familien mit Kinder dienen. Das unterschiedliche Verhalten lässt sich dabei auf eine unterschiedliche Kostensensibilität zurückführen. Bei den getesteten Argumenten erwarten Familien mit Kindern durch ein gestärktes Apothekennetz (und ein dementsprechend geschwächtes Arztpraxennetz) überdurchschnittlich Kosteneinsparungen, welche sich schlussendlich auch auf die eigenen Gesundheitskosten auswirken.

Drei Pro-Argumente stossen sogar auf mehrheitliche Ablehnung: So hegen Urnengänger mehrheitlich Zweifel, dass sie nur in der Apotheke das beste Medikament erhalten, während der Arzt aus seiner Praxisapotheke nach dem Verfügbarkeitsprinzip dispensiert (50% Ablehnung). Auch negiert wird das Argument, dass viele Apotheken ohne die angestrebte Regelung schliessen müssen (56%). Schlussendlich findet auch das Argument

"Wer verschreibt soll nicht abgeben" einen mehrheitlichen Widerstand (63% Ablehnung).

Alle anderen Pro-Argumente werden nur von mehr oder weniger gewichtigen Minderheiten geteilt. Dabei fällt keines als überdurchschnittlich unwirksam (allerdings auch keines als überdurchschnittlich wirksam) auf. Sehr differenziert zeigt sich das Gewicht der Pro-Argumente allerdings entlang der Stadt-Land Unterscheidung:

**Tabelle 4:**  
**Stadt-Land-Differenzierung der Pro-Argumente in Ja% Urnengänger**

Argument	Stadt	Land
Konkurrenz verhindert Kostenschub	56	58
Ärzte verdienen genug	56	44
500 Meter ist zumutbar	53	46
Weniger Apotheken = mehr Arztpraxen	53	45
In Apotheke bestes Medikament	49	40
Apotheken müssen schliessen	43	36
10 Jahre Zeit	35	34
staatlich geregelte Medikamentenabgabe	38	33
Wer verschreibt soll nicht abgeben	40	28

**Quelle:** GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 n = 599)  
**Fett**= Unterschied Stadt/Land

Mit drei der getesteten Argumente (Ärzte verdienen genug/500 Meter ist zumutbar/weniger Apotheken = mehr Arztpraxen) sprechen sich Befragte aus städtischen Regionen mehrheitlich im Sinne der Vorlage aus, während Befragte aus ländlichen Regionen dies nur mit relativen Mehrheiten tun. In vier weiteren Fällen (in Apotheke bestes Medikament/Apotheken müssen schliessen/staatlich geregelte Medikamentenabgabe/wer verschreibt soll nicht abgeben) ist zwar die Zustimmung in urbanen Gebieten zwar auch nicht mehrheitlich, allerdings auf dem Land erkennbar noch tiefer. Einigkeit zwischen Stadt und Land herrscht nur in der Einschätzung der Kostenschubproblematik und zu den 10 Jahren Umstellungszeit.

### **3.3.5. Zwischenbilanz**

Offensichtlich konnte sich die Gegnerschaft auf eine ganze Auswahl von mehrheitlich geteilten Argumenten stützen. Die Argumentationslinie der Gegnerschaft geht dabei über das Selbstentscheidungsrecht, via der Wichtigkeit des Arztes in Kreislauf der Medikamentendispensation, zur „status quo“-Orientierung, und nicht zuletzt zu den kritisierten Beratungstaxen der Apotheker. Der Vorteil einer solcherart breitgefächerten Argumentation ist ihre Breitenwirkung. Das getestete Argumentarium hat das Potenzial ein ganzes Sammelsurium an Gegnerschaft unter sich zu subsumieren und gebündelt zu einem Nein-Entscheid an der Urne zu führen. Die Befürworterschaft hat es dabei mit nur einem mehrheitlich geteilten, sowie drei mehrheitlich abgelehnten Argumenten in Bezug auf eine sinnvolle Kampagnenführung ungemein schwerer Hinzu kommt noch die Tatsache, dass fast alle Pro-Argumente auf überdurchschnittlichen Widerstand aus ländlichen Regionen stossen. Die Vorlage profitierte also nicht nur von der postulierten Vielzahl der Contra-Argumente, sondern auch zu einem guten Teil von der Umstrittenheit der Ja-Argumente in ländlichen Regionen.

### 3.3.6. Das finale Erklärungsmodell

Nun drängt es sich auf, auch die getesteten Argumente in unser Erklärungsmodell aufzunehmen, mit der Hoffnung damit weitere Erklärungskraft zu generieren. Damit schliesst sich auch der Kreis der möglichen Einflussfaktoren nach der eingangs vorgestellten Theorie des Dispositionsansatzes. Im Folgenden wird also nichts Weiteres als das finale Erklärungsmodell für den ablehnenden Stimmentscheid vom 23 September 2001 konstruiert:

**Tabelle 5:**  
**Signifikante Korrelationen und Modellgüte zu politischen Routinen, soziodemographischen Merkmalen, Umfeld-Einflüsse, Informativ-Konstellation und Botschaften gegenüber dem Stimmverhalten**

<i>Signifikante Einflüsse allgemein</i>	R=	
. so in Ordnung	0.75	
. Regierungsvertrauen/misstrauen	0.38	
. Trennung Abgabe Verschreibung	0.34	
. staatliche Regelung = breiteres Angebot	0.32	
. Notfallversorgung	0.26	
. neuer Beratungstarif	0.29	
. Selbstentscheidungsrecht	0.29	
<i>Signifikante Einflüsse Land/ Stadt</i>	R=	R=
. so in Ordnung	0.73	0.93
. Notfallversorgung	0.52	-
. Selbstentscheidungsrecht	0.44	-
. neuer Beratungstarif	0.43	0.56
. staatliche Regelung = breiteres Angebot	0.39	0.50
. Regierungsvertrauen/misstrauen	0.36	-
. Trennung Abgabe Verschreibung	0.33	-
<i>Nicht signifikante Einflüsse</i>		
. Links-Rechts Orientierung	-	
. Alter	-	
. Zeitraum Medikamentenbezug	-	
. Rezeption abstimmungsrelevanter Mitteilungen	-	
. Familie mit Kind	-	
. Distanz zur Apotheke	-	
. Medikamentenbezug beim Arzt	-	
. Informiertheit	-	
. Stadt-Land-Differenzierung	-	
<i>Richtige Prognosen Gesamtmodell</i>	In % der Befragten	
. gesamthaft	82	
. Ja-Stimmende	71	
. Nein-Stimmende	89	

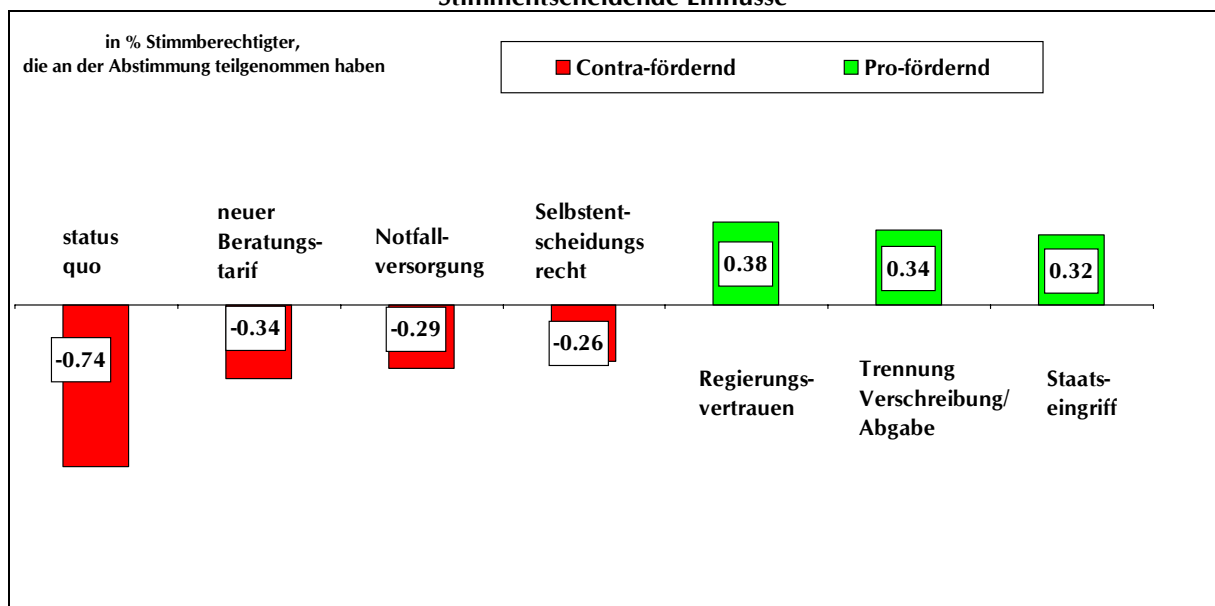
**Quelle:** GfS-Forschungsinstitut "Politik und Staat", Nachanalyse Teilrevision Gesundheitsgesetz, September 2001 (n 599)

Dabei sind folgende Punkte augenfällig: Einerseits erweisen sich im schlussendlichen Modell die bisher erklärungskräftigen Variablen Familiengrösse, Informiertheit, Distanz zur nächsten Apotheke, sowie Medikamentenbezug beim Arzt als irrelevant in Bezug auf die Erklärung des Stimmentscheides. Die eigentlichen Konfliktlinien laufen offenbar anders. Andererseits konnten wir unter Einbezug der Botschaften das bis jetzt niedrige Prognostikpotenzial des Ja-Stimmenanteils markant steigern. Mit dem neuen Modell

sind wir fähig, 82% aller individuellen Stimmenscheide richtig zu erklären. Dabei benutzen wir nichts weiteres als sieben Erklärungsvariablen, wobei nur eine einzige Variable aus allen getesteten politischen Routinen, soziodemographischen Merkmalen, Umfeld-Einflüsse und Informativ-Konstellationen. Alle andere sind im finalen Erklärungsmodell irrelevant.

Wie erklärt sich nun der Stimmenscheid von 23. September 2001 Zu einer solchen Frage gibt es schlussendlich sieben Antworten mit unterschiedlicher Wichtigkeit:

**Grafik 19:**  
**Stimmenscheidende Einflüsse**



**Quelle:** GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 n = 599)

**Lesehilfe:** Die Farben unterscheiden die Richtung des Einflusses. Rot markierte Säulen kennzeichnen einen Einfluss auf den ablehnenden Stimmenscheid, während die grünmarkierten einen Einfluss auf den zustimmenden Stimmenscheid aufzeigen. Die Höhe der Zahl spiegelt die Stärke des Einflusses wieder.

Bsp: die Beibehaltung des status quo übt mit -0.74 den stärksten Einfluss auf den Contra-Stimmenscheid aus.

- Festhalten am status quo begünstigt ein ablehnendes Stimmverhalten. Es war insgesamt in der Stadt wichtiger als auf dem Land.
- Die Kritik am neuen Beratungstarif mündet in Kritik an der Teilrevision des Gesundheitsgesetzes. Sie wirkte sowohl auf dem Land wie auch in der Stadt.
- Die Erwartung einer Verschlechterung in der Notfallversorgung generiert eher einen Nein-Entscheid. Sie wirkte auf dem Land.
- Der Wunsch nach Selbstentscheidung auch in der Ortswahl der Medikamentendispensation fördert ein Nein an der Urne. Er war auf dem Land mitentscheidend.
- Partielles Regierungsvertrauen begünstigte die Annahme (auf dem Land).
- Der Wunsch nach Trennung von Verschreibung und Abgabe führt eher zu einem Ja, und dies sowohl in der Stadt, wie auch auf dem Land.
- Die Erwartung eines breitgefächerten Angebots durch einen Staatseingriff geht einher mit einer Zustimmung zur Vorlage. Es wirkte in der Stadt und auf dem Land.

Damit wurde am 23. September nicht über eine 500 Meter-Limite oder über die Medikamentenabgabe durch den Hausarzt abgestimmt. Ebenfalls nicht abgestimmt wurde

innerhalb politisch motivierter Gräben. Abgestimmt wurde vielmehr einzig und allein über das Verhältnis gegenüber Apotheken. Wer den Apotheken günstig gesinnt war und ihren Nutzen nicht bestreitet, stimmte für die Vorlage, während auf der anderen Seite Befragte mit kritischer Einstellung gegen Apotheken und allem voran zu ihren neuen Beratungstaxen, die Vorlage dann auch ablehnten.

Die Erklärung des Stimmenscheids in ländlichen Regionen läuft dabei im wesentlichen gleich, wenn auch mit Ausnahmen in der Argumentengewichtung: So erhielt das Regierungsvertrauen, sowie die Verbindung mit der Trennung zwischen Abgabe und Verordnung erkennbar mehr Wichtigkeit, gleich wie auch die Erwartung einer Verschlechterung in Notfallsituationen und schlussendlich der Wunsch nach Selbstentscheidung. Diese 5 Indikatoren sind überdurchschnittlich für die Ablehnung auf dem Land verantwortlich. Minderheitlich verstärken oder schwächen die Kritik am neuen Beratungstarif, der neue Beratungstarif, sowie die positiven Konsequenzen eines staatlichen Eingriffs den ablehnenden Stimmenscheid. Der Unterschied Stadt-Land erklärt sich damit nicht durch zwei völlig verschiedene Wertbilder, sondern vielmehr durch eine differenzierte Einstellung innerhalb des gleichen, durch sieben Argumente und Einstellungen beschriebenen abstimmungsrelevanten Bild der Umwelt.

Die Erklärung des Stimmverhaltens in urbanen Gebieten baut ebenfalls auf dem gleichen Modell auf, ist allerdings wesentlich einfacher gestrickt. So erklärt sich der ablehnende Stimmenscheid mehrheitlich durch status quo Denken, und der Kritik am neuen Beratungstarif der Apotheker welche beide aber offenbar weniger wichtig waren als auf dem Land. Die Zunahme begründet sich dabei mehrheitlich durch die Erwartung eines breiteren Angebots. Interessanterweise spielt weder das Regierungsvertrauen, noch die Notfallversorgung eine gewichtige Rolle für den Stimmenscheid in der Stadt. Dies bedeutet aber keinesfalls, dass sie überhaupt unwichtig waren. Sie sind in urbanen Gebieten einfach nicht direkter Bestandteil einer Stimmenscheidung.

### **3.4. Die Alternativen nach der Volksentscheidung**

#### **3.4.1. Die Übersicht**

Wie schon angetönt äussern Urnengänger mit ihrem Stimmenscheid nicht nur eine ganz bestimmte Einstellung gegenüber der Vorlage, sondern haben in ihrem Entscheidungsprozess auch eine ganz bestimmte Vorstellung über eine mögliche Zukunft. In einen letzten Schritt sei deshalb auch Licht auf mögliche Alternativen nach dem 23. September 2001 geworfen.

Ziel der folgenden Auflistung ist keineswegs eine Empfehlung für kommende Regierungspolitik zu machen, sondern ausschliesslich eine deskriptiven Blick auf die individuellen Zukunftsvorstellungen zu werfen. Eine solche Betrachtung sagu auch nichts über die Mehrheitsfähigkeit der vorgestellten Aspekte in Bezug auf einen Urnengang aus, sondern nur über die zukunftsorientierte politischen Befindlichkeit in Sachen Teilrevision Gesundheitsgesetz der Zürcher Stimmberechtigten.

### 3.4.2. Was ist nach der Abstimmung mehrheitsfähig?

In ihrer Einschätzung der Alternativen zur Teilrevision des Gesundheitsgesetzes gehen 95 Prozent aller Befragten davon aus, dass Ärzte in Gebieten mit wenig oder gar keinen Apotheken immer Medikamente abgeben sollten. Nur 4% kritisieren eine solche Zukunftsaussicht. Diese Ansicht wird dabei auch nicht entlang eines Stadt-Land-Grabens differenziert.

**Grafik 20:**

#### Ideen zur Medikamentenabgabe

ges121-125: "Ich lese Ihnen jetzt einige Ideen vor, wie man die Medikamentenabgabe auch anders regeln könnte. Wenn Sie selbst völlig frei entscheiden könnten, wären Sie mit den folgenden Vorschlägen voll einverstanden, eher einverstanden, eher nicht einverstanden oder überhaupt nicht einverstanden?"

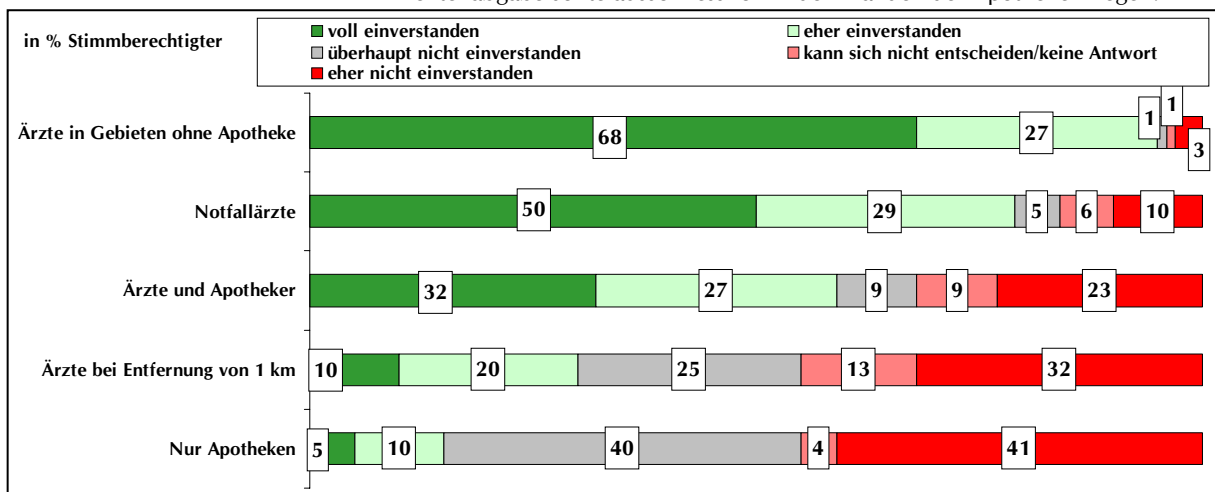
**Ärzte in Gebieten ohne Apotheke:** "Ärzte in Gebieten mit wenig oder gar keinen Apotheken sollten immer Medikamente abgeben können."

**Notfallärzte:** "Ärzte, die Notfalldienst leisten, sollten immer Medikamente abgeben können, auch wenn keine Notfallsituation ist."

**Ärzte und Apotheker:** "Sowohl Ärzte als auch Apotheker sollten uneingeschränkt Medikamente abgeben dürfen."

**Ärzte bei Entfernung von 1 km:** "Ärzte sollten nur Medikamente abgeben dürfen, wenn sie 1 km oder mehr von nächster Apotheke entfernt sind."

**Nur Apotheken:** "Ärzte sollten grundsätzlich nie Medikamente abgeben können, die Medikamentenabgabe sollte ausschliesslich in den Händen der Apotheken liegen."



**Quelle:** GfS-Forschungsinstitut, Politik und Staat, Nachanalyse Gesundheitsgesetz, Sept. 2001 (N = 1008)

Ebenso unumstritten scheint die Abgabe von Medikamenten durch Notfallärzte, unabhängig von einer Notfallsituation (79%). Auch diese Zukunft kann nur klar minderheitliche 16% nicht begeistern. Allerdings wird diese Ansicht nicht von allen gleich begrüßt. Während Befragte aus urbanen Gegenden lehnen eine solche Dispensation überdurchschnittlich ab (24%), während Befragte aus ländlichen Gegenden sie überdurchschnittlich annehmen (81%). Allerdings ist in beiden Fällen die Zustimmung immer mehrheitlich.

Mehrheitlich wird auch die Forderung getragen, dass sowohl Ärzte, wie auch Apotheker uneingeschränkt Medikamente abgeben sollen. Diese im Liberalisierungsgedanken am weitestgehende Forderung kann auf 59% Zustimmung zählen, während minderheitlich 31% ihre Veto anmelden. In dieser Frage gibt es keinen Unterschied zwischen Stadt und Land.

Dementsprechend wünschen die Befragten auch nicht, dass die Medikamentenabgabe ausschliesslich Aufgabe von Apotheken sein soll. Eine gewichtige Minderheit von 48% spricht sich gegen eine solche Forderung aus. Die Alternative stösst im Gegenzug nur bei 15% auf Gegenliebe, ein ebenso gewichtiger Teil von 40% ist unentschlossen. Nicht unerwartet zeigt sich kein Stadt-Land Gegensatz.

Ebenfalls die Kritik einer relativen Mehrheit erhält der Wunsch nach einem ausgedehnten Sicherheitsabstand zwischen Arzt und Apotheke von einem Kilometer. Während 45% aller Befragten die Lösung nicht in diesem Punkt sehen, können sich dafür nur 30% begeistern. 25% sind unentschieden. Auch diese Frage differiert nicht zwischen Stadt und Land.

### **3.4.3. *Zwischenbilanz***

Offenbar gibt es in der Bevölkerung eine Tendenz weg von der reglementierten Medikamentenabgabe hin zum freien Medikamentenmarkt. In einem solchen Umfeld werden es einschränkende Massnahmen sicherlich schwieriger haben als marktöffnende. Relativierend muss aber festgehalten werden, dass wir hier eine allgemeine Befindlichkeit messen und nicht eine abstimmungsreife Forderung. Während der Transformation weg von einer solchen Befindlichkeit hin zu einer politischen Vorlage kann (und wird) diese allgemeine Meinung ändern.

## 4. Synthese

Ziel der Synthese ist es, die Befunde aus der Befragung aufgrund unserer Fragestellungen und Arbeitshypothesen zusammenzufassen, die Ergebnisse zu diskutieren und aus den Erkenntnissen Schlussfolgerung zu ziehen.

### 4.1. Über was wurde aus Behörden resp. BürgerInnen-Sicht abgestimmt?

Es ist sicher nicht so, dass die Zürcher Stimmberechtigten nicht gewusst hätten über was sie abstimmten. Die subjektiv geäußerte Informiertheit in dieser Frage, sowie der genannte Inhalt der Vorlage weisen klar darauf hin, dass die Urnengänger sogar eine dezidierte Vorstellung über die Vorlage an sich aufwiesen. Eine solche Konstellation führt bei einer Behördenvorlage meist zu Zustimmung, ist eine solche Vorlage an sich doch schon das Produkt eines mehrheitlich akzeptierten Mediationsprozesses im Parlament und führte doch nur minderheitliche Kritik zu einem Referendum.

Wenn eine Behördenvorlage mit eben diesem Vorlauf an der Urne abgelehnt wurde, hat der parlamentarische Willensbildungsprozess entweder völlig neben der Bevölkerungsmeinung stattgefunden, was in breitabgestützten Konsensdemokratie äusserst selten ist, oder aber Parlament und Bevölkerung haben nicht über das gleiche abgestimmt.

Das erste ist äusserst selten und findet schlussendlich auch Ausdruck in einem hochemotionalisierten Abstimmungskampf und schlussendlich einer hohen Beteiligung, was immer auch zu einem erhöhten Anteil von regierungskritischem Potenzial führt. Beides war in vorliegendem Fall nicht so.

Die Vermutung liegt also nahe, dass das Parlament in seiner Schlussabstimmung und die Zürcher Stimmbewölkerung im Urnengang nicht über das gleiche abgestimmt haben. Schon vor der Analyse war bekannt, über was in der parlamentarischen Schlussabstimmung abgestimmt wurde:

„Der Kantonsrat hat sich im Laufe seiner Beratungen auf einen Gegenvorschlag geeinigt, welcher vorsieht, dass allen Ärztinnen und Ärzten die Führung einer Praxisapotheke dann bewilligt werden soll, wenn sie regelmässig bei den allgemeinmedizinischen Notfalldiensten mitwirken und wenn sich innerhalb eines Umkreises von 500 m zu ihrer Praxis keine Apotheke befindet. Allerdings ist die Abgabe von Medikamenten nur an Patientinnen und Patienten erlaubt, die in Behandlung stehen oder die Praxis im Notfalldienst aufsuchen.“

Wie wir vorgängig aufgezeigt haben wurde der Stimmentscheid ausschliesslich anhand von 7 bestimmenden Faktoren getroffen:

- Festhalten am status quo
- Verschlechterung in der Notfallversorgung
- Trennung Verschreibung und Abgabe
- breitgefächerten Angebots dank Staatseingriff
- Selbstdispensation
- Kritik am neuen Beratungstarif
- Regierungsvertrauen

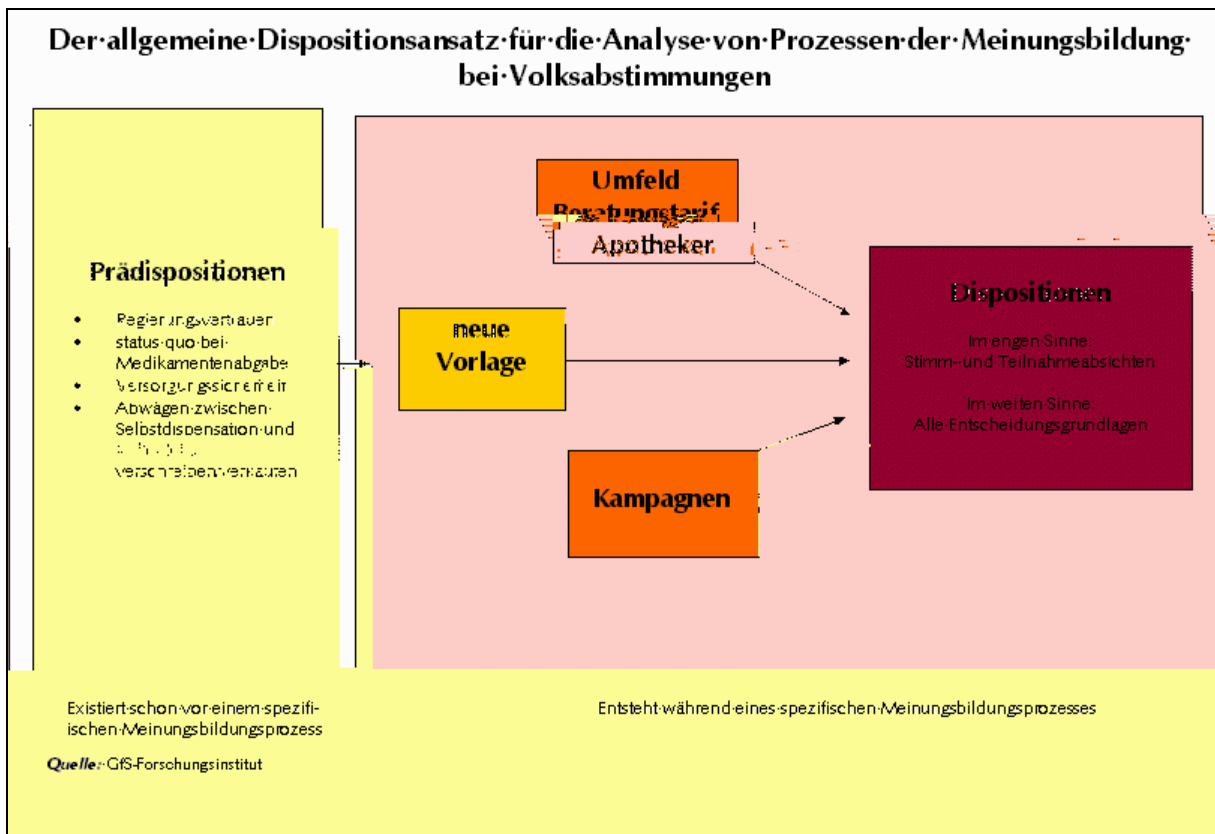
Einzelne der Faktoren haben direkt mit der Vorlage zu tun, wie sie vom Parlament präsentiert worden sind, andere sind dagegen eher von allgemeiner Natur oder nur locker mit dem verbunden, was die Behörden vorgeschlagen haben.

Zwar lässt sich aufzeigen, dass auch entlang der Parteibindung, des Alters, der Informiertheit zur Vorlage, der Distanz zur nächsten Apotheke, der Familienstruktur sowie im Medikamentenkauf-Verhalten durchaus Unterschiede im Stimmverhalten herrschten, welche über den erwarteten Stadt-Land-Graben hinausgingen. Allerdings stellten sich diese Unterscheidungen schlussendlich ohne Erklärungskraft heraus, zu determinierend sind im Vergleich die sieben obenstehenden Indikatoren. Zudem kann auch festgehalten werden, dass auch die Informationstätigkeit in den Arztpraxen einen Einfluss auf den Stimmentscheid der PatientInnen hatte, der stärker war als jener, den die Apotheken auszulösen wussten. Doch gilt auch hier: Wäre diese Werbung nicht auf recht gut vorgefasste Meinungen in der Bevölkerung getroffen, hätte sie ihre Wirkung kaum gehabt.

Unsere Analyse zeigt zudem, dass die Zürcher StimmbürgerInnen nicht über einen parteipolitischen Konflikt abgestimmt haben, auch nicht über ein Problem zwischen den Altersgruppen. Ebenso wenig war die 500 Meter Limite massgeblich.

## **4.2. Interpretation der Ergebnisse im Rahmen des Dispositionsansatzes**

Einleitend haben wir die wichtigsten Annahmen vorgestellt, die wir der Analyse aufgrund des von uns eigens für Abstimmungsuntersuchungen entwickelten Dispositionsansatzes unterlegt haben: Demnach stehen die Ergebnisse von Volksabstimmung zu einer bestimmten Vorlage nicht ein für alle Male fest. Vielmehr sind sie das Produkt aus Prädispositionen der Bevölkerung und aus Kampagnewirkungen, die in einem bestimmten Umfeld erzeugt worden sind.



Unsere Arbeitshypothesen für diesen Bericht lauten:

### 1. Arbeitshypothese

Entscheidungen über Behördenvorlagen werden um so eher geteilt, als Vertrauen in die Behörden das Klima bestimmt und die Regierungsparteien die Behördenposition teilen. Zustimmung ist insbesondere bei Personen zu erwarten, die den Behörden vertrauen und die sich mit Regierungsparteien identifizieren, die für eine Behördenvorlage sind.

### 2. Arbeitshypothese

Entscheidungen über Behördenvorlagen werden um so eher geteilt, als eine Vertrautheit der BürgerInnen mit den Forderungen der Behörden besteht, sei dies selbstredend oder aufgrund der Kampagnenkommunikation. Zustimmung ist insbesondere bei Personen zu erwarten, die sich informiert resp. nicht überfordert fühlen.

### 3. Arbeitshypothese

Entscheidungen über Behördenvorlagen werden um so eher geteilt, als die Behörden vorlagenspezifische Botschaften entwickeln resp. auf Selbstverständnisse und Interessen stützen können, die mehrheitlich geteilt und entscheidungsrelevant in die Meinungsbildung eingebracht werden können.

Die erste Arbeitshypothese findet ihre Bestätigung. Wie erwartet waren Personen vermehrt für die Behördenvorlage, die Institutionenvertrauen zeigen. Es stimmte auch eine Mehrheit der SP-Basis zu. Demgegenüber stellte sich insbesondere die FDP gegen die Vorlage, und die Anhängerschaft folgte ihr mehrheitlich. Unsere Analyse legt aber auch nahe, diese Art der Interpretation nicht zu weit zu treiben. Vielmehr verbleibt nur das

Regierungsvertrauen als entscheidungsrelevante Prädisposition bei der Volksabstimmung über das Gesundheitsgesetz. Es wirkte auf dem Land steigernd für das Ja.

Eindeutig nicht bestätigt wird die zweite Arbeitshypothese. Entgegen der allgemeinen Regel stimmten BürgerInnen mit einer nur rudimentären Informationsverarbeitung nicht gegen, sondern für die Behördenvorlage, während die Zustimmungsrate mit vermehrter Information sinkt. Dies heisst nichts als anderes, als das Personen, die sich mit der Problematik verstärkt auseinandersetzen, eine höhere Wahrscheinlichkeit kannten, sich dagegen auszusprechen.

Dieser überraschende Befund braucht eine spezielle Begründung. Wir sehen ihn darin, dass die Vorlage, die das Parlament erarbeitet hatte, um in erster Linie zwischen den Interessen von Apotheken und Ärzteschaft zu vermitteln, die Haltungen und Stimmungen der BürgerInnen in der Frage der Medikamentenversorgung nicht traf. Was auf den ersten Moment als vernünftiger Kompromiss zwischen den Konfliktparteien aussah, erwies sich bei genauerem Hinsehen als unproblematisch.

Unsere dritte Arbeitshypothese legt nun nahe, dass es den Behörden zu wenig gelang, politische Angebote zu schaffen und zu vermitteln, die sich auf Selbstverständnisse und Interessen der BürgerInnen stützen. Entsprechend konnte die Opposition durch den Rekurs auf die Prädispositionen der BürgerInnen eine Mehrheit gegen die Vorlage mobilisieren.

Worin nun bestehen die entscheidungsrelevanten Positionen? Unsere Analyse zeigt, dass es zwei thematische Orientierungen gibt, auf die sich die unterlegene Ja-Seite relevant stützen konnte:

- Die Garantie eines breit gefächerten Angebots an Apotheken dank des staatlichen Eingriffs, und
- das Postulat nach Rollenteilung zwischen Verschreibenden und Verkaufenden im Medikamentengeschäft.

Beides kann man durchaus als sinnvolle Anforderungen an den Medikamentenmarkt bezeichnen, die im Wettbewerb der Ideen um eine zukünftige Lösung weiterhin verbleiben sollten. Sie reichten jedoch – selbst durch das Vertrauen in die Richtigkeit der Behörden verstärkt – nicht aus, eine Mehrheit in der Bevölkerung zu finden. Dabei lassen sich mindestens drei relevante Einwände aus BürgerInnen-Sicht festhalten:

- Die mit dem Gesetzesrevision nur ungenügend geregelte Versorgung in Notfällen,
- der Wunsch, selber über den Medikamenteneinkauf entscheiden zu können,
- und eine gewissen Verärgerung über neue Einkünfte aus dem Medikamentengeschäft, der wegen der neuen Beratungstaxe die Apotheken negativ traf.

Letzteres kann als situative Stimmung gelten, welche den Apotheken bei der Durchsetzung ihrer Anliegen nicht entgegenkam. Es bleibt aber offen, wie weit dies auch zu einem anderen Zeitpunkt von Belang sein dürfte. Die Frage der Notfallversorgung betrifft den Gesetzgeber direkt. Aufgerufen ist er, bei einer weiteren Gesetzesrevision diesem Bedenken klar verstärkt Rechnung zu tragen.

Damit steht den Postulaten aus der Behördenposition im Wesentlichen der Wunsch entgegen, selber und ungehindert entscheiden zu können, wo man seine Medikamente beziehen will. Zwischen diesen Forderungen gilt es denn auch abzuwägen, wenn eine neue Vorlage präsentiert werden soll: Gewährleistet werden muss in erster Linie ein breites und in allen Situationen taugliches Netz an Angeboten. Sodann muss entschieden werden, ob mehr der Forderung nach Selbstdispensation oder der durchgehaltenen Rollenteilung zwischen Verschreibenden und Verkaufenden nachgegeben werden soll. Das Gesamtergebnis der Abstimmung gibt wenigstens einen Fingerzeig, wie diese Ambivalenz zu beurteilen ist.

Ausgangspunkt einer Neuauflage der Gesetzesrevision dürfte nicht mehr die Initiative einer interessen gebundenen Partei sein, die staatlichen Schutz für sich reklamiert. Vielmehr müsste sich ein neuer Vorstoss am Status quo orientieren, der in der Bevölkerung alles andere als eine mehrheitliche Unzufriedenheit auslöst. Damit ist die letzte der relevanten Positionen der BürgerInnen angesprochen, welche den Abstimmungsentscheid vom 23. September 2001 mitbestimmte. Die Alltagserfahrung, die in Stadt und Land unterschiedlich ausgeprägt, aber gleichermassen wirksam war, war beim Ja/Nein-Entscheid massgeblich. Sie erscheint nicht so problematisch, als dass es gilt, einschneidende Änderung vorzunehmen. Der status quo ist jedenfalls für die Zürcher Stimmbewölkerung die bessere Annäherung an ein gutes Prinzip in der Medikamentenversorgung, als es die gescheiterte Teilrevision gewesen wäre.

## 5. Das GfS-Forschungsteam

*Urs Bieri*

28, Politikwissenschaftler, Projektleiter im Geschäftsbereich „Politik und Staat“ des GfS-Forschungsinstituts, Bern. Schwerpunkte der Forschung: Berufsbildung, politische Kommunikation, Abstimmungs- und Wahlnachanalysen, Kampagnenvorbereitung und -begleitung, Datenbanken, Hochrechnungen, Inhaltsanalyse, Prospektivmethoden.

*Claude Longchamp*

44, Politikwissenschaftler, Mitglied des Verwaltungsrates. Vorsitzender der Geschäftsleitung, Leiter Geschäftsbereich "Politik und Staat" des GfS-Forschungsinstituts, Bern, Lehrtätigkeiten am Medienausbildungszentrum (MAZ) in Luzern und am VMI (Universität Fribourg), vormals Assistent und Lehrbeauftragter für Politikwissenschaft an der Universität Bern. Mitarbeit an Projekten des Schweiz. Nationalfonds. Schwerpunkte der Forschung: Abstimmungen, Wahlen, Parteien, Europäische Integration, Technologiepolitik, politische Kultur und politische Kommunikation, Geschichte und Methoden der Demokratie. Publikationen in Buchform, in Sammelbänden, wissenschaftlichen Zeitschriften, Fachmagazinen, Tagespresse und auf Internet.

*Stephan Tschöpe*

24, Projektassistent im Geschäftsbereich „Politik und Staat“ des GfS-Forschungsinstituts, Bern, Student der Politikwissenschaft an der Univ. Bern, Schwerpunkte der Arbeit: Statistische Datenanalyse, EDV-Programmierungen.

*Silvia-Maria Ratelband-Pally*

Administratorin des Geschäftsbereichs „Politik und Staat“ des GfS-Forschungsinstituts, Bern. Schwerpunkte der Arbeit: Desktop-Publishing, Visualisierungen, Lektorat.